

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA**  
**ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia**



**T E S I S**

**“INCIDENCIA DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE  
NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO  
NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ,  
AMARILIS- HUÁNUCO, 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**TESISTA**

**Bach. Luz Elizabeth, GARCIA ALVARADO**

**ASESORA**

***Dra. Judith Martha, PORTOCARRERO ZEVALLOS***

**HUÁNUCO - PERÚ  
2018**



## ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

### ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las dieciséis horas del día trece del mes de Noviembre del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 1811-2018-D-FCS-UDH de fecha 08 de Noviembre del 2018 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: **"INCIDENCIA DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUÍZ VÁSQUEZ AMARILIS - HUÁNUCO 2018"**; presentado por la Bachiller doña **Luz Elizabeth GARCÍA ALVARADO** para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de MUY BUENO (Art. 54)

Siendo las 5.00 PM horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....  
DRA. MARIBEL SELMA CHAMORRO GUERRA.  
PRESIDENTA

.....  
MG. LINCOLN A. MIRAVÁL TARAZONA  
SECRETARIA

.....  
PSIC. YENNY PRIMITIVA ROJAS PARDO  
VOCAL

## **DEDICATORIA**

A mi creador, Dios: Por haberme permitido llegar hasta ese punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis hermanos, parientes y amigos: por sus consejos, paciencia y toda la ayuda que me brindaron para concluir mis estudios.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme vida y la oportunidad de crecer profesionalmente.

A mi familia, en especial a mi hermano que es mi compañero y motivación para ser mejor día a día.

A mi asesora Dra. Judith Martha, Portocarrero Zevallos y jurados, quienes me brindaron sus conocimientos para realizar la presente investigación.

A la Universidad de Huánuco, por brindarme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

Al director Mg. Lorenzo Ambrosio Lázaro, Mg. Silvia Mori Vara, etc. y docentes del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, quienes me brindaron su apoyo en la realización de la investigación.

Y a los estudiantes que formaron parte de la presente investigación quienes participaron muy activamente.

A todos ustedes muchas gracias.

## RESUMEN

En el presente trabajo de investigación titulado “INCIDENCIA DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018”; se tuvo como objetivo general determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez; para lo cual se realizó la investigación de nivel descriptiva, con un diseño descriptivo simple, en el cual se evaluó a una muestra conformada por 155 estudiantes.

El muestreo utilizado fue probabilístico, por conglomerados, debido a que cada salón formaba un conglomerado, los estudiantes seleccionados eran de las edades de 12 a 17 años de edad; a los cuales se les aplicó la escala de riesgo suicida de Plutchick adaptado en el 2008 por Lobón Fabián, Roberto; Noreña Estrada, David y Espinoza Yanag, Yesmina.

En los resultados obtenidos se encontró que un 55.48% presenta riesgo suicida, las edades de mayor riesgo son de los 14 a 16 años, en los grados de 2do a 4to de secundaria, teniendo más incidencia en mujeres. Demostrándose que, existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018, es decir aprobamos la hipótesis alterna ( $H_a$ ) y rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ).

**Palabras clave:** Riesgo suicida, adolescentes.

## **ABSTRACT**

In this research work entitled "SUICIDE RISK INCIDENCE IN SECONDARY STUDENTS TURN LATE OF THE INTEGRATED NATIONAL SCHOOL JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018"; the general objective was to determine the incidence of suicide risk in students of the secondary level of the afternoon shift of the National Integrated School Julio Armando Ruiz Vásquez; for which the descriptive level research was carried out, with a simple descriptive design, in which a sample of 155 students was evaluated.

The sampling used was probabilistic, by conglomerates, because each classroom formed a conglomerate, the selected students were from the ages of 12 to 17 years of age; to which the scale of suicidal risk of Plutchick adapted in 2008 was applied by Lobón Fabián, Roberto; Noreña Estrada, David and Espinoza Yanag, Yesmina.

In the results obtained it was found that 55.48% present suicidal risk, the ages of greatest risk are from 14 to 16 years old, in grades 2 to 4 of secondary school, having more incidence in women. Proving that there is an incidence of suicide risk in students of the secondary level of the afternoon shift of the Integrated National College Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018, that is, we approve the alternative hypothesis ( $H_a$ ) and reject the null hypothesis ( $H_0$ ).

**Keywords:** Suicidal risk, adolescents.

## INTRODUCCIÓN

La problemática en torno al riesgo suicida en nuestro país es cada vez más alármate, debido la falta de comunicación en la familia, los problemas económicos que atraviesan los padres, la falta de supervisión, etc; ahondando a esta realidad que los adolescentes se encuentran en periodo de cambios internos tanto físicos como psicológicos los cuales les hacen vulnerables a caer en muchos problemas psicosociales, y la presente investigación está enfocada a uno de ellos como es el riesgo suicida.

Las estadísticas informan sobre las tasas de suicidio mas no miden cual es el riesgo que presentan los adolescentes, para que los psicólogos puedan trabajar en torno a ello, esta es la razón por la cual surgió la presente investigación la cual consta de cinco capítulos; el primero nombrado problema de investigación, contiene la descripción, formulación del problema, problema general y específico, justificación e importancia de la investigación, los objetivos de la investigación, así como la viabilidad y las limitaciones.

El segundo capítulo, denominado marco teórico, contiene los antecedentes, internacionales, nacionales y locales, las bases teóricas, las definiciones conceptuales, hipótesis general y específicas, así como las variables y su operacionalización.

El tercer capítulo, denominado metodología de la investigación, que contiene el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, las técnicas e Instrumento de recolección de datos, así como la validación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos.

El cuarto capítulo, denominado resultados, muestra los cuadros y gráficos de los resultados obtenidos.

Y por último, el quinto capítulo presenta las conclusiones de la investigación, y las recomendaciones.

# INDICE

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTOS**

**RESUMEN**

**ABSTRACT**

**INTRODUCCIÓN**

## **Capítulo I**

### **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Descripción del problema.	09
1.2. Formulación del problema.	13
1.3. Justificación e importancia dela investigación.	14
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.5. Viabilidad o factibilidad.	16
1.6. Limitaciones.	16

## **Capítulo II**

### **II. MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes.	17
2.2. Bases teóricas.	22
2.3. Definiciones conceptuales.	52
2.4. Hipótesis	53
2.5. Variables.	54
2.6. Operacionalización de variables	55

## **Capítulo III**

### **III. MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Método y diseño de investigación.	56
3.2. Tipo y nivel de investigación.	56
3.3. Población y muestra.	57
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos.	59
3.5. Tratamiento y procesamiento de datos.	60



## **Capítulo IV**

### **IV. RESULTADOS**

4.1. Procesamiento de datos	62
-----------------------------	----

## **Capítulo V**

### **V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones	70
5.2. Recomendaciones	72

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>74</b>
-----------------------------------	-----------

## **ANEXOS**

a) Matriz de consistencia.	79
b) Instrumentos de investigación (incluir ficha de juicios de expertos)	84

# CAPITULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción del problema.

La temática en torno al suicidio, es complicada debido a que es difícil de entender por qué las personas comenten suicidio, en primer lugar porque ya no se puede preguntar a estas personas acerca de sus motivos, estructura mental y estado emocional. Solo se tiene información indirecta tal como los expedientes clínicos y reportes de otros individuos para ayudar a comprender la razón que los condujo a su acto trágico. La exanimación sistemática de esta información, para entender y explicar la conducta de alguien antes de su muerte, es llamada necropsia psicológica y por desgracia estas fuentes no siempre son confiables, solo alrededor del 15% de las víctimas dejan alguna nota anterior al hecho. En segundo lugar la razón es que ninguna explicación sencilla es suficiente para explicar todos los tipos de suicidios; al buscar entender el suicidio los investigadores se han centrado en eventos, características y variables demográficas y que se correlacionan en alto grado con el acto; pero los factores que es probable que tengan un vínculo más íntimo con el suicidio son la desesperanza y la depresión. (Sue, D et al 1994). Según la Organización Mundial de la Salud (2008) reporta que en el mundo hay un suicidio cada 40 segundos y que al año un millón de personas se quita la vida, en el planeta y la estadística va en aumento porque la OMS pronostica que para el 2020 serán un millón y medio de casos anuales. (Lobón, R. et al, 2008).

La frecuencia con que se presenta este problema social es alarmante. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (2008), en América Latina destaca en primer lugar Cuba con una alta tasa de suicidios, en segundo lugar Brasil y en tercer lugar Colombia, dijo Jesús Ramón Gómez, Psicólogo y Director de la fundación “Amor a la Vida”, una Organización no gubernamental colombiana dedicada a la prevención del suicidio, informo la BBC. No obstante, la OMS – una agencia de Naciones Unidas – afirma que

Latino América es una de las regiones con más bajas tasas de suicidio. Lo mismo ocurre en países musulmanes y algunos asiáticos. Los índices más altos se registran en Europa del Este (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En la literatura internacional revisada sobre intentos de suicidio se destacan los siguientes hallazgos: existe un predominio del sexo femenino sobre el masculino, con un rango de edad entre los 13 a 64 años y de estos los más afectados fue entre los 20 a 29 años; entre los motivos que precipitaron el intento de suicidio fueron conflictos conyugales y conflictos familiares. Los diagnósticos más frecuentes asociados al intento de suicidio son trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno Psicótico, abuso de Alcohol y Sustancias Psicotrópicas. El método utilizado más frecuente para realizar el intento de suicidio fue la sobredosis de Benzodiacepinas, seguido por intoxicación por Órganos Fosforados. (Lobón, R. et al, 2008).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), En el Censo de Homicidios ejecutado en el año 2013, señala que estos ascienden a 2 mil 13 homicidios, cifra que al dividirse entre el total de la población (30 millones 475 mil 144 habitantes) y multiplicarse por cien mil, da como resultado una tasa de 6,6 homicidios por cada 100 mil habitantes, como se aprecia solamente se contabiliza el número de homicidios mas no se evalúa o mide el riesgo suicida que puede presentar el adolescente para permitir tomar las medidas necesarias para prevenir el suicidio y disminuir las tasas de suicidio.

Los intentos de suicidio constituyen en la actualidad uno de los fenómenos psicosociales más frecuentes que se presentan en nuestra Región y a nivel nacional. De manera particular en la ciudad de Pucallpa constituye un grave problema, es así que en el Hospital Regional, entre los años 1990 a 1996; se registró un total de 224 casos por intentos de suicidio, lo que equivale a un 16% del total de la población atendido por diversos problemas psicológicos. Huerto, J. (2009) señala “diferencia del año 2004 las atenciones por suicidio en el Hospital Regional de nuestra ciudad se habían

incrementado, es así que en el año 2005 tuvieron 89 pacientes que atentaron contra sus vidas”.

En el departamento de Huánuco en el año 2006, se registraron 431 casos de intento de suicidio, con mayor incidencia en adultos jóvenes (20 a 39 años) con 167 casos, en jóvenes (15 a 19 años) se registró 112 casos y en adolescentes (10 a 14 años ) se registró 44 casos.

En el año 2007, se registraron 701 casos de intento de suicidio, con mayor incidencia en adultos jóvenes (20 a 39 años) Y, en jóvenes (15 a 19 años). Hasta el tercer mes del 2008 se registró 59 casos de riesgo suicida. (DIRESA 2008).

Este incremento también se observa en los datos obtenidos por la DIRESA Huánuco, en el Hospital Regional Hermilio Valdizan, en el 2008 se atendieron 346 casos, los pacientes están comprendidos desde niños de 5 años hasta personas adultas de 65 a más años de edad, donde se muestra que el mayor número de pacientes fueron los del sexo femenino 61.8% (225) y las edades donde se presentaron mayores casos están comprendidas entre 15 – 19 años, con 114 casos de los cuales 24 son del sexo masculino y 90 del sexo femenino. Así mismo existe también una alta incidencia de casos entre las edades de 20 – 39 años, donde se registraron 144 casos de los cuales 58 son del sexo masculino y 87 del sexo femenino. Y en el 2009, se atendieron 450 casos, los pacientes están comprendidos en los mismos grupos etarios y edades anteriormente mencionados, donde se muestra que el mayor número de pacientes fueron los del sexo femenino 65.1% (293) y las edades donde se presentaron mayores casos están comprendidas entre 15 – 19 años, con 122 casos de los cuales 36 son del sexo masculino y 86 del sexo femenino; así mismo existen también una alta incidencia de casos entre las edades de 20 – 39 años, donde se registraron 197 casos de los cuales 62 son del sexo masculino y 135 del sexo femenino.

Esta problemática es al parecer resulta difícil de conocer, pero la incidencia es real y alarmante; donde la población vulnerable son en su mayoría

adolescentes, posiblemente se debe al proceso de esta misma etapa ya que la preocupación más importante en las edades de 12 a 18 años es la búsqueda de identidad; preocupación que repercute en el transcurso de la vida. La cantidad de cambios físicos que señala el comienzo de la adolescencia afectan la vida de los jóvenes en muchas formas y los cambios cognoscitivos, que les permite desarrollar el pensamiento abstracto, significan que sus horizontes intelectuales pueden ampliarse en un mundo de posibilidades. Los años de la adolescencia implican un mayor compromiso con los compañeros de la misma edad en medio de los esfuerzos por separarse del nido del hogar.

## **1.2. Formulación del problema.**

Frente a lo expuesto líneas arriba se plantea el siguiente problema:

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ◆ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?
- ◆ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?
- ◆ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?
- ◆ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?

- ♦ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?

### **1.3. Justificación e importancia de la investigación.**

La presente investigación se justifica a nivel teórico, práctico y metodológico en lo siguiente:

#### **Teórica:**

La psicología como una disciplina científica tiene una gran tarea de desarrollar teorías científicas confiables y certeras que puedan explicar los nuevos acontecimientos mundiales y nacionales en la que el ser humano es el actor principal, a su vez es quien refleja esta problemática social en malas relaciones interpersonales e intrapersonales, el estrés, la violencia, la agitación social y la crisis del desarrollo personal, académico, que se dan en los centros educativos, empresas, comunidades y la familia.

El Suicidio, es un tema de preocupación mundial, ya que el suicidio no distingue nacionalidad, edades, la raza, ni el nivel social; es preocupante porque se conoce los factores que contribuyen a esta, pero es poco lo que se puede hacer para salvar las vidas de las personas, que cometen el acto de suicidarse, mayormente la gente se suicida después de haber sido protagonista de una decepción amorosa, por algún problema familiar, económico y por algún fracaso escolar, puede ser que las situaciones se vean como irrelevantes, pero lo que causa en las personas con personalidad mayormente, impulsivas – agresivas; personas con autoestima baja, los que presentan depresión y los que tienen temperamento colérico y melancólico.

#### **Práctica:**

La importancia del presente trabajo de investigación radica en cuanto podamos determinar con exactitud el riesgo suicida que presentan los estudiantes del colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez para

tomar las medidas preventivas necesarias de presentarse casos así como la de trabajar en cuanto a estas áreas, así lograr atenuar y disminuir el riesgo suicida, es decir que si intervenimos en los factores internos de las personas, desarrollando factores de protección contra los externos estos no afectarán su estado interno y cuando se encuentren frente a una situación estresante, no se intentarán quitar la vida.

Por lo tanto, la investigación se justifica en el ámbito práctico, pues busca contribuir con un enfoque metodológico que permite incrementar y profundizar el conocimiento sobre los patrones conductuales familiares de los alumnos acerca del riesgo suicida.

### **Metodológica:**

La presente investigación cuenta con la aceptación de los directivos del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, así mismo el instrumento que se utilizara, Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, se encuentra adaptada por Lobón, R., et al (2008) en la región Huánuco.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo General:**

- ♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

### **1.4.2. Objetivos específicos:**

- ♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.
- ♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.

- ◆ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.
- ◆ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.
- ◆ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.

### **1.5. Viabilidad**

En cuanto a la disponibilidad de los recursos financieros, el presente estudio de investigación será solventado por el investigador en términos de precio y cantidades reales de acuerdos a los rubros establecidos en el presupuesto.

El instrumento de evaluación cuenta con validez y confiabilidad, para ser usado en nuestro contexto local (Huánuco), lo que nos brindará datos confiables y seguros acerca del riesgo suicida.

### **1.6. Limitaciones.**

Se encuentra limitada en cuanto a la subjetividad de los participantes (adolescentes), debido a que depende del compromiso que ellos manifiesten para el desarrollo del instrumento así como la veracidad de sus respuestas.



## **CAPITULO II**

### **BASES TEÓRICAS**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. A Nivel Internacional**

###### **Casullo, Contini y Fernández (2006),**

“Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida - 2006”. Su muestra estuvo conformada por un total de 1297 adolescentes escolarizados, divididos en cuatro grupos de comparación: Ciudad de Buenos Aires, Ciudad de San Miguel de Tucumán, Departamento de Paclín en la provincia de Catamarca y Pilar, Provincia de Buenos Aires. El instrumento utilizado fue la escala de riesgo suicida de Plutchik. Se planteó como Objetivos: Detectar el nivel de riesgo suicida en estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias argentinas de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años. Los resultados obtenidos fueron: Se encontró que en Catamarca existe un 13.3% de casos de alto riesgo, seguida por Buenos Aires y Tucumán que exhibieron idénticos porcentuales (11.1% para cada grupo), en tanto que Pilar, sólo un 2%.

###### **Ventura et. al. (2007),**

“Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile, 2007”. Se evaluó a 1.590 alumnos de primero a cuarto de media que asistieron a clases el día de la aplicación de los instrumentos. Se utilizó una encuesta auto aplicado, anónimo y voluntario, la cual se dividía en dos partes. La primera contenía la escala de depresión de Zung y la segunda constaba de cinco preguntas para evaluar distintos niveles de suicidalidad. Objetivos: Determinar la prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes entre 14 y 19 años en una muestra representativa de la Región Metropolitana (RM); y Analizar la asociación entre sexo, edad y tipo de colegio versus ideación e intento suicida. Resultados: Los resultados obtenidos en este estudio sobre la prevalencia de ideación suicida es 59,7% e intento suicida de 18,8% en adolescentes de la RM. En cuanto a las diferencias

por sexo, del total de ellas, 71% ha tenido ideación suicida y 26% ha intentado quitarse la vida. Con respecto a los hombres, 49% del total ha presentado ideación suicida y 12% ha cometido un intento de suicidio. En la distribución de suicidalidad entre las distintas edades se observa que la incidencia más alta de ideación grave ocurre a los 15 años, un año antes que la mayor frecuencia de intentos suicidas (16 años). Al comparar los resultados por tipo de colegio (municipal, subvencionado y privado), la ideación es bastante mayor en los colegios municipales (66,3%) y subvencionados (69,4%) que en los privados (46,3%).

**Bella, Fernández y Willington (2009),**

“Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes, 2009”. Objetivo: Describir la frecuencia de los trastornos mentales y del comportamiento que presentan los niños y adolescentes con intentos de suicidio e identificar el método de autoagresión utilizado y los antecedentes psicopatológicos previos. Materiales y método: Estudio transversal, en base a entrevistas clínicas a 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el Hospital de Niños de Córdoba. Resultados: El método de autoagresión más utilizado fue la ingesta de psicofármacos ( $p < 0,0001$ ) y los antecedentes psicopatológicos previos más prevalentes fueron los intentos de suicidio previos y el trastorno de conducta disocial ( $p < 0,0001$ ) en los niños y adolescentes hospitalizados por intentos de suicidio. Las patologías más frecuentes en los intentos de suicidio fueron la depresión (29,27%) y el trastorno de conducta disocial (24,39%).

**2.2.2. A Nivel Nacional**

**Mosquera, R. (2001)**

“Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados entre el 2000 y 2001 por intento de suicidio en el Hospital “Hermilio Valdizan” de Lima”, llegó a las siguientes conclusiones: La población de estudio fue en gran mayoría de sexo femenino (76.12%), con una relación mujer/hombre de 3 a 1. El 82.9 % de los casos que intentaron suicidarse estuvo comprendido en el grupo etario de 14 a 30 años. En ambos sexos predominaron los solteros (74.63%); luego los

convivientes (16.42%). El grupo de casados fue el menos afectado con tan sólo el 2.99%. La mayoría de los casos (47.76%) eran desocupados, seguido por los grupos de estudiantes y de empleados que representaron el 16.42% cada uno. La modalidad más utilizados por las mujeres (53.73%) fue la ingesta de fármacos (benzodiacepinas) y los insecticidas; mientras que el 45% de los Varones utilizaron los métodos mecánicos (cortes con arma blanca). El 68.21% de casos terminó la secundaria, habiéndola completado el 20.90%, mientras que el 37.31 % cursaba educación superior y un 10.45 % la había terminado. La mayoría de los pacientes (55.23 %) había registrado algún intento suicida previo. De este grupo el 26.87 % registro un intento previo, el 17.91 % dos intentos y el 10.45 % tres intentos. Hubo un predominio en las mujeres. El 68.66% de los pacientes provenían de hogares de padres separados. El 23.88% vivía con sus padres casados. Sólo el 20.90 % de los pacientes tenía algún familiar con antecedentes de intento de suicidio o suicidio en la familia. Un 23.88 % de los pacientes presento historia de algún abuso sexual previo. Se encontró que el 67% de pacientes declararon su intención de morir al momento de realizar el intento suicida, siendo las mujeres más afectadas. El 16.42% lo hizo para llamar la atención y el 8.96 % declaró haberlo hecho obedeciendo a un impulso. El 46,27% de pacientes, predominantemente de sexo femenino, tuvo como motivación principal conflictos de pareja referidos a discusiones, desengaños amorosos, maltratos físico o psicológico y separaciones. El segundo motivo importante fueron los conflictos con los padres registrándose un 20.90 % igualmente más frecuente en las mujeres. Los problemas psicopatológicos (enfermedad) que justificaron un intento suicida registró un 19.40 %, éste fue el motivo más frecuente en los varones.

El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue la depresión en sus distintas formas, registrándose un total de 56,95 %, afectando más a las mujeres. El siguiente diagnóstico fue las psicosis esquizofrénicas con 16.67%, siendo el diagnóstico más frecuente en los hombres. El 13.8% registró consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y el 12. 5% trastornos de personalidad, en ambos casos, las mujeres fueron las más afectadas. La mayoría de los resultados encontrados en nuestro estudio están en concordancia con los reportados en la literatura nacional y extranjera, datos que nos permiten

comparar nuestra realidad institucional con otras instituciones tanto en hospitales especializados como generales.

**Mirabal, F. (1997)**

“Influencia de los factores psicosociales en el intento de suicidio en el Hospital Regional de la ciudad de Pucallpa”, con una población conformada por 224 sujetos de los cuales 94 fueron varones y 130 mujeres, siendo estas últimas las que presentaron intento de suicidio. Entre las edades comprendidas entre los 15 y 19 años, siendo en su mayoría solteras y estudiantes de secundaria. Sus motivos del intento de suicidio fueron factores psicológicos precipitantes como el rompimiento de una relación sentimental, conflictos familiares, entre otras. Mayoritariamente utilizan como vía para el intento de suicidio sustancias tóxicas.

**Muñoz, Pinto, Callata, Perales (2006)**

“Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima, 2006” Se seleccionaron aleatoriamente 1500 estudiantes de una población de 4500 del CEPUSM, divididos en adolescentes (15 - 19 años) y adultos jóvenes (20 - 24 años). Se aplicó un cuestionario autoadministrado formado por la subescala de cohesión familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale III y cinco preguntas sobre conducta suicida del Cuestionario de Salud Mental adaptado. Se plantearon como Objetivos: Determinar la prevalencia de ideación suicida y su asociación con el pertenecer a familias de muy bajos y muy altos niveles de cohesión familiar en estudiantes entre 15 y 24 años del Centro Preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (CEPUSM).. Resultados: Prevalencias de vida: 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% ideación suicida, 15% elaboró un plan suicida y 9% intentó suicidarse. La prevalencia de ideación suicida fue 15% en el último año y 6% en el último mes. Las familias fueron, según el nivel de cohesión familiar, desligada (22%), separada (32%), conectada (31%) y amalgamada (15%). Al asociar ideación suicida y familia desligada se obtuvo un OR de 2,17 (IC95 1,26- 3,74) en adolescentes y 1,35 (IC95 0.21-8.64) en adultos jóvenes. Se

identificaron otros factores de riesgo en ambos subgrupos como el antecedente familiar de intento suicida y el hecho de vivir solo.

### **Cano, Gutiérrez, Nizama (2008)**

“Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana”. La muestra fue seleccionada sistemáticamente, fueron 530 adolescentes de 12 a 19 años en los tres más grandes colegios de la ciudad, se realizó en la ciudad amazónica de Pucallpa, Perú, en marzo y abril de 2008. Se aplicaron preguntas sobre tendencia a la violencia e ideación suicida del cuestionario de salud mental adaptado. Objetivos: Determinar la prevalencia de la ideación suicida y su asociación con tendencia a la violencia dirigida hacia otros, en adolescentes escolares. Resultados. El 31,3% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 21,1% pensó en quitarse la vida y el 18,1% intentó suicidarse alguna vez, con mayoría en mujeres y en el grupo de 15 a 19 años. La tendencia a la violencia se expresó en pensamiento en 51,7% y en conducta violenta en 18,7% de la muestra.

### **2.2.3. A Nivel Local**

#### **Lázaro y Mendoza (2009)**

“Efecto del programa “Nueva Vida” en el riesgo suicida en alumnos del quinto año de secundaria Amarilis – Huánuco 2009”, donde evaluaron a 10 adolescentes del 5º año de secundaria entre 15 y 16 años de edad de la I. E. José Carlos Mariátegui “El Amauta” en el Distrito de Amarilis, obteniendo los siguientes resultados: la prevalencia del Riesgo Suicida es mayor en mujeres que en varones, es así que, 1 de cada 2.5 mujeres presentan riesgo suicida y 1 de cada 3 varones presentan riesgo suicida. De 10 adolescentes evaluados se analizó cada categoría como un total, es decir en cada categoría se consideró como el 100%, donde encontramos dos tipos de familia la mono parental y la completa (ya que no se especificó si es nuclear o no), en la categoría donde viven solo con la madre, el 100% presentan riesgo suicida alto y en los adolescentes que viven con ambos padres los resultados también son alarmantes ya que encontramos de 7 que vivían con sus padres los 7 (100%)

presentan RS. Se debería a los problemas familiares, a la falta de una buena comunicación entre los miembros de la familia. Los mayores niveles de Riesgo Suicida se presentan en adolescentes que pertenecen a las religiones católica (86%) y evangélica (100%) en esta categoría, creemos que esto pueda deberse a la polarización de normas que profesan cada una estas dos religiones. Determinaron que el Riesgo Suicida se presenta en adolescentes que estudian y trabajan en un 100% y en los que sólo estudian en un 77.78%, así mismo la muestra de los que trabajan 1 (100%) es poco significativa por lo que no se puede realizar inferencias mayores.

## **2.2. Bases Teóricas**

### **2.2.1. El suicidio**

#### **2.2.1.1. El espectro suicida**

Diferentes autores plantean que el surgimiento de las conductas y pensamientos relacionados no es un hecho aleatorio o automático, sino que por el contrario, es el resultado de un proceso que varía de menor a mayor gravedad, implicando: ideación suicida, gestos suicidas, estilos de vida riesgosos, planes suicidas, tentativas suicidas y suicidio (Maris, 2002), lo que tradicionalmente se ha denominado el Espectro Suicida.

También se le denomina suicidio consumado o completo ("completed suicide") y hace referencia a la muerte que se da como consecuencia de un acto suicida. En esta definición, la OMS le asigna importancia al resultado (la muerte) y al agente causal (el propio sujeto), pero explícitamente desecha el asunto de la intencionalidad como parte de la definición de los actos suicidas y, por ende, del suicidio.(OMS, 2008, extraído de [www.oms.com.pe](http://www.oms.com.pe) )

Desde otra postura, O'Carroll et al. (1996) citado en Maris, (2002) lo definen como "la muerte debida a lesiones, envenenamiento o sofocación, donde hay evidencia (explícita o implícita) de que la lesión fue auto-inflingida y que la intención del occiso era matarse.

Para Durkheim (1897 - 1989) citado en Maris, (2002) el suicidio se

refiere a la muerte que se produce como resultado directo o indirecto de un acto positivo o negativo, llevado a cabo por la víctima, sabiendo o creyendo que el acto producirá este resultado.

Siguiendo con esta línea, De Leo et al. (2004) retoma la definición del proyecto Estudio Multicentro de Conducta Suicida - WHO/EURO acerca del suicidio: “Es un acto con un resultado fatal, en el cual el occiso, conociendo o esperando un resultado fatal, lo había iniciado o llevado a cabo con el propósito de provocar el cambio deseado”

En resumen, se puede afirmar que se habla de suicidio cuando: a) hubo una muerte, b) esta muerte se dio por el individuo que quería morir, c) la muerte fue intencional y d) hubo un agente pasivo o activo (omisión o comisión de un acto) que degeneró en la muerte (Maris, 2002).

#### **2.2.1.2. Intento de suicidio o tentativa suicida**

Como ya se mencionó, ésta es una de las definiciones en las cuales no se ha podido llegar a acuerdos.

Así, el mismo Durkheim (1897 - 1989) consideraba que el intento de suicidio era el acto suicida en sí, que había sido detenido por otra persona, razón por la cual no había tenido como resultado la muerte. Por su parte, la OMS, en su orientación europea del fenómeno suicida, define el intento de suicidio como el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Diekstra et al. (De Wilde, Kienhorst y Diekstra, 1993; Diekstra y Garnefski, 1995) desde esta misma postura, no definen el concepto de intento o de tentativa suicida, sino que hablan de Parasuicidio, incluyendo en él todas aquellas conductas que varían desde los gestos suicidas o intentos manipulativos, hasta intentos serios de matarse. Se refieren a cualquier acto deliberado, con resultado no fatal, que pretende causar o realmente causa daño a sí mismo o que sin la intervención de otros habría sido así o que consiste en ingerir una sustancia en exceso de la dosis generalmente reconocida o de la dosis prescrita terapéuticamente, y el cual es realizado con el fin de realizar cambios, a través de las consecuencias reales o posibles que

tal acto pueda llegar a tener (De Leo et al.,2004).

Por último, Maris (2002) puntualiza la definición europea recordando que el término Parasuicidio es usado para referirse al daño auto-infringido deliberado, con o sin intención clara de morir. Se define como cualquier conducta aguda, intencional y auto lesivo que crea riesgo de morir.

Por su parte O'Carroll et al. (1996) consideran que el Intento de Suicidio es una conducta potencialmente auto lesiva con un resultado no fatal, para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía alguna (>0) intención de matarse a sí mismo. En esta clasificación se distingue si el intento generó lesiones o no.

Los mismos O'Carroll et al (1996) plantearían el complemento del intento suicida y que, en conjunto, abarcaría la definición europea del Parasuicidio. Nos referimos acá a la Conducta Instrumental relacionada con el Suicidio, que es una conducta potencialmente auto lesiva, para la cual hay evidencia (implícita o explícita) de que: a) la persona no tenía la intención de matarse y b) la persona deseaba usar la apariencia de intentar matarse para obtener algún otro fin, como por ejemplo buscar ayuda, castigar a alguien, recibir atención, etc. Este punto de la diferencia de intereses frente al parasuicidio y el intento de suicidio, fue resumido por Bille-Brahe et al. (Citados por De Leo et al. 2004) al proponer cuatro formas en las cuales se usan estos términos:

1. El parasuicidio es una subcategoría del intento de suicidio, caracterizado por bajos niveles de intención de morir, postura que es apoyada en Estados Unidos.
2. El intento de suicidio es una subcategoría más específica del parasuicidio, caracterizada por una fuerte intención de morir, postura promovida en Europa.
3. El parasuicidio y el intento de suicidio son mutuamente excluyentes, el primero usado para describir casos con baja intención suicida y el segundo para etiquetar a aquellos casos en las cuales tal intención es claramente evidente.



4. El parasuicidio y el intento de suicidio son usados indiferentemente, reconociendo las dificultades inherentes a la certeza de la intencionalidad.

Algunos autores consideran que el Intento de Suicidio es apenas un suicidio frustrado, por lo que se hablaría del mismo fenómeno; mientras que otros han planteado que los suicidas y los “attempters” (quienes realizan una tentativa de suicidio) tienen características sociodemográficas y epidemiológicas completamente diferentes (Mingote et al., 2004), como a continuación se comenta. En el caso del suicidio, el grupo poblacional más proclive es el de los hombres, mayores de 45 años que utilizan métodos eficaces, rápidos, premeditados y realizados en soledad.

Típicamente no presentan factores precipitantes significativos, aunque en ocasiones se plantean razones de carácter afectivo (mujeres) o profesionales (hombres). Estas personas se caracterizan por estar aislados, permanecer solitarios y presentar antecedentes depresivos, así como tentativas previas de suicidio; igualmente son más coléricos, propensos a ser agresivos, irritables o impulsivos que los no suicidas. Los métodos más frecuentes son los traumáticos (hombres) y los tóxicos (mujeres) (Maris, 2002; Mingote et al., 2004).

Por su parte, los intentos se presentan típicamente en mujeres menores de 35 años, se realizan de manera impulsiva, no premeditada y pública, en medio de una crisis interpersonal por sentimientos individuales de desespero y confusión. Habitualmente se presentan ante frustraciones afectivas. Los “attempters” definen su ambiente como conflictivo, frustrante y no receptivo a sus demandas de ayuda (Diekstra y Garnefski, 1995; Mingote et al. 2004).

Por último, García-Maciá, Sarró, Giró y Otin (1984, citados por Clemente y González, 1996), consideran que los intentos suicidas pueden ser entendidos desde tres miradas:

- ✓ Como síntoma de una enfermedad mental (p.ej., depresión, psicosis, trastorno límite de la personalidad, etc).

- ✓ Como Estrés: aquellos de menor cronicidad, evaluados como reacción frente a una situación ambiental estresante de aparición reciente.
- ✓ Como Crisis: de mayor cronicidad, en los que el sujeto se encuentra en una situación a la que no halla salida, de varios meses de evolución”.

### **2.2.1.3. Ideación suicida**

Es la forma más común de conducta suicida y a menudo es el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores (Konick y Gutiérrez, 2005).

Esta conducta suicida se identifica cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo algún plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo (Mingote et al., 2004). O’Carroll et al. (1996), en una definición más sencilla, consideran Ideación Suicida a cualquier pensamiento auto-reportado de intentar una conducta relacionada con el suicidio.

Por su parte, Goldney et al. (1989) consideran que la Ideación Suicida incluye desde pensamientos fugaces de que la vida no merece la pena vivirse, pasando por intensas preocupaciones con fantasías autodestructivas, hasta planes muy explícitos y bien meditados para matarse. No obstante lo anterior, De Wilde, Kienhorst y Diekstra (1993) consideran que el término “suicida” no debería usarse para el deseo de muerte o para los pensamientos de que la vida no vale la pena, sino sólo para los pensamientos que impliquen el deseo o intención o plan de acabar con la vida por su propia mano. Así, habría que distinguir entre pensamientos de muerte y pensamientos suicidas.

### **❖ La intencionalidad**

Abordar el tema de la intencionalidad implica entrar a considerar las diferencias (o similitudes) entre motivos, razones, objetivos, propósitos e intenciones, toda vez que en la literatura sobre suicidio se hace uso de

estos términos al entrar a evaluar la causalidad de la conducta suicida.

Tal vez la principal distinción necesaria está entre motivos e intenciones. Asumiendo la teoría de la terminología de la ciencia, Hjelmeland y Hawton (2004) proponen que los motivos están asociados con las explicaciones causales mientras que las intenciones están relacionadas con las explicaciones teleológicas de los actos suicidas. Las primeras (causales) implican que la explicación de los actos está ubicada en el pasado; mientras que las segundas (teleológicas) implican que la explicación está en el futuro; es decir, que el sujeto está intentando alcanzar algo por medio del acto.

De igual manera, considerando que la literatura científica en Psicología relaciona motivos con causalidad e intenciones con explicaciones teleológicas, y dado que las intenciones están más estrechamente relacionadas con los actos que los motivos, estas autoras consideran que es preferible el concepto de intención a la hora de explicar la conducta suicida desde el punto de vista del mismo sujeto. Así pues, la intención es la noción apropiada para abordar la pregunta de qué es lo que las personas suicidas quieren alcanzar por medio de su acto suicida, ya sea morir o influir en otro significativo. A partir de esto, se asume que cuando se habla de “nivel de intención suicida” en realidad se está hablando del grado en el que la persona quiere morir, reportado por ella misma.

En su estudio, Hjelmeland y Hawton (2004) encuentran que los motivos de las personas que intentan suicidarse constituyen cinco grupos importantes:

1. Búsqueda de cuidado: manifiesto en la búsqueda de expresiones de afecto, empatía, interés o ayuda por parte de otras personas importantes.
2. Influir en los demás: que se hace evidente en intenciones tales como que alguien se sienta culpable o que pague por haberle tratado mal o que cambie su forma de ser o de pensar frente a algo importante para el suicida.
3. Escape temporal: el cual abarca la intención de evadir una realidad dolorosa o “descansar” de algo que resulta tormentoso.

4. Salida final: que implica la evaluación de que no se puede aguantar una situación por más tiempo, o que no hay más alternativas ante ella, o hacerle la vida más fácil a otras personas o querer morir.
5. Perder el control: que se da cuando la persona siente que no tiene control sobre su vida y que no sabe cómo reasumirlo.

Por su parte, Mingote et al. (2004) consideran que las intenciones que subyacen a los intentos de suicidio, podrían clasificarse en cuatro grupos: los dos primeros son los más frecuentes, pero en ellos la muerte surge accidentalmente, en un esfuerzo de transmitir algo como finalidad en sí misma. En los otros dos, la muerte sí surge como un fin intrínseco.

1. “Escúchame”: Aquel en el que se pretende dar importancia y transmitir un estado de desesperación personal que los demás ignoran.
2. “Tienen culpa”: La pretensión de movilizar los remordimientos del otro para que modifique su actitud o sus comportamientos.
3. “No quería hacerlo”: El suicidio es un castigo a un acto vergonzante o ante profundas vivencias de culpabilidad.
4. “No quiero vivir, soy un estorbo”: Abarca a los pacientes más críticos, ya sea por sufrir graves alteraciones de la personalidad o por ser manifestaciones de auténticos cuadros depresivos.

Finalmente, Diekstra (1989) concluye que los actos suicidas responden a diferentes intenciones, siendo la del suicidio, la muerte; y la del intento de suicidio, el esfuerzo por incidir en la realidad o la expresión de una situación conflictiva.

En la actualidad la salud mental lo constituye no sólo la población que presenta morbilidad psiquiátrica, sino fundamentalmente, la que se denomina población sana. Justamente a partir de esta comprensión se puede observar que la influencia de los aspectos biológicos, psicosociales y culturales influyen

Grandiosa- mente en nuestra salud mental y calidad de vida. Muchos de estos factores se pueden constituir como factores protectores, como también pueden funcionar como barreras al desarrollo humano; siendo estresores psicosociales y desencadenan una serie de problemas de salud mental, que se constituyen en una carga social creciente. (Lobón, et al, 2008).

El modelo vital propuesto (Fergusson, 2000) explica que la etiología del comportamiento suicida depende de la exposición acumulativa a un amplio rango de factores de riesgo de tipo social, familiar, de personalidad y de salud mental, lo que explica que adultos que han intentado o consumado el suicidio tengan experiencias similares en etapas anteriores.

Los métodos de suicidio varían entre los países, en algunos por ejemplo el uso de pesticidas es un método común, mientras que en otros la intoxicación por medicamentos, escapes de gases de los automóviles, y armas de fuego son más frecuentes. Los varones mueren mucho más a menudo a causa del suicidio que las mujeres; una de las razones para esto es que recurren a métodos más violentos para cometer suicidio, tales como armas de fuego, ahorcamiento y explosivos, con mayor frecuencia que las mujeres entre 15 y 19 que los varones de la misma edad y en la década pasada ha aumentado la proporción de mujeres que usan métodos violentos.

En la medida de lo posible, el mejor enfoque de las actividades de prevención de suicidio en el colegio, lo constituye un trabajo de equipo que incluya maestros, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, trabajando en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias.

El suicidio como fenómeno individual se ha conocido en todas las sociedades, tiene antecedentes que se remontan a la existencia misma del hombre y ha variado su característica de acuerdo a la cultura y a la estructura socioeconómica.

#### **2.2.1.4. Factores influyentes en el suicidio**

##### **A.- Factor socio familiar:**

Galarza (1996) menciona que la sociedad actual da más impresión de inseguridad, y que en conjunto hay cierto desfase entre lo que la sociedad exige desde el punto de vista intelectual y la seguridad afectiva que proporciona. Esto es especialmente visible al nivel escolar, que en vez de ser un lugar creador de relaciones, un ambiente para madurar, se transforma en un terreno de competición, a veces despiadado, causa de la falta de unión entre profesores y alumnos, de extrema envidia entre los compañeros, al valorarse muy poco el éxito y juzgar el fracaso sin miramientos alguno, prescindiendo por completo de la personalidad total del sujeto.

Así mismo Galarza, señala la frecuencia del desacuerdo familiar, por no tratarse de un auténtico hogar o por evidente mal entendimiento entre padres, por rechazo de la madre, o como señalan algunos autores, por falta del padre, bien por carecer de prestigio ante los hijos o por ausencia real, comunicándoles la impresión de falta de seguridad y valía.

El suicidio entra en el síndrome de falta de autoridad, lo que produce falta de continuidad e incoherencias en la personalidad y su actuación, falta de relación interhumana y de tendencias a considerar el suicidio como solución a las diversas dificultades. Dicho síndrome tan sólo es el efecto visible y parcial del sutil juego del proceso identificador e integrador de los conflictos del sujeto. (Mirabal, 1997).

##### **B.- Factores psicológicos:**

Algunas personas con rasgos psicológicos particulares tienen más probabilidades de manifestar tendencias de suicidio.

##### **B.1. La Impulsividad:**

Puede ser un factor clave en la conducta suicida. Una persona impulsiva puede sentir repentinamente que su sufrimiento puede ser terminado con el suicidio y actuar en consecuencia antes de entrar en otras consideraciones.

## **B.2. Dependencia:**

Las personas que dependen de otras para mantener su autoestima, requieren una atención constante y que a pesar del apoyo con el que cuentan, siempre se sienten privadas de afecto, confianza y atención han sido designadas como insatisfechos-dependientes.

Este conjunto de rasgos de la personalidad combinado con depresión o con alcoholismo ha sido asociado con un riesgo aumentado de suicidio.

## **B.3. Expectativas Irreales:**

Las personas que tienen expectativas excesivamente ambiciosas o irreales con respecto a sí mismas y a otros (perfeccionistas) con frecuencia sufren decepciones y pueden no ser capaces de buscar apoyo en momentos de estrés. Si estas personas se deprimen corren un riesgo aumentado de suicidio.

Pasar a realizar el acto de suicidio puede ser fruto de una elaboración del suicidio con incomunicación y pérdida de seguridad en sí mismo, y a veces con una reacción en corto circuito en un agudo marco emocional.

## **C. Factores biológicos:**

Las diversas investigaciones a nivel fisiológicas sostienen que existen dos variables biológicas que han sido asociadas como riesgo aumentado de suicidio.

Los sujetos deprimidos con niveles reducidos de ácido 5- hidroxindolacético (un producto final de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo corren un mayor riesgo de suicidio. La presencia de niveles urinarios elevados de 17 hidroxicorticosteroides también ha sido asociada con un aumento de este riesgo de suicidio.

## **D. Factores económicos:**

Los diversos niveles de ingreso económico en los individuos, generalmente la clase media y baja, sufren desequilibrios periódicos de

economía que generan desajustes emocionales y manifiestan conductas de desesperación y como consecuencia muchas personas optan por el suicidio (Mirabal, F. 1997).

#### **2.2.1.5. Teorías del suicidio**

Dado que el suicidio es un paso final, es difícil comprender todos los factores que llevan a tomar la decisión de acabar con la propia vida.

Mintz (1968) Resumió de esta manera las numerosas motivaciones suicidas mencionadas en las obras especializadas: Agresión auto- dirigida; intento de venganza, al producir en los demás sentimientos de culpa; esfuerzos para reparar errores pasados “percibidos”; esfuerzos para deshacerse de sentimientos inaceptables, como una atracción sexual hacia miembros del mismo sexo, deseos de reencarnación; deseo de reunirse con un ser amado; deseo o necesidad de escapar de la angustia, deformidad, dolor o vacío emocional. Las dos teorías que predominan entre los suicidólogos, es decir, la teoría psicoanalítica y la teoría sociológica de Durkheim. (Gerald, G. 1987).

##### **a. Teoría cognitiva:**

Las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

##### **b. Teoría conductual:**

El primer programa de tratamiento importante que se desarrolló fue el de Lewinsohn (1974), basado en las formulaciones conductuales de depresión de Skinner (1953) y de Ferster (1973). Posteriormente, Lewinsohn y sus colaboradores han perfeccionado este tipo de tratamientos, así como Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981), Rehm (1977) y McLean y Hakstian (1990). El interés de esta terapia se dirige a mejorar las habilidades sociales y de



comunicación, incorporar en el repertorio del paciente conductas adaptativas tales como la aserción positiva y negativa, aumento de refuerzo positivo contingente a la respuesta de conductas adaptativas y disminución de experiencias de vida negativas. (Vázquez, F., et al 2000)

#### **2.2.1.6. Perfil psicológico de los adolescentes suicidas**

##### **❖ Estado de ánimo de los adolescentes suicidas**

Tres rasgos en particular son característicos del estado de ánimo de personas suicidas:

- **Ambivalencia.** En la mayoría de las personas existe una mezcla de sentimientos en torno a cometer suicidio. El deseo de vivir y el de morir libran una batalla desigual en el suicida. Existe urgencia de alejarse del dolor que representa vivir, junto con un trasfondo del deseo de vivir. Muchas personas suicidas en realidad no desean morir – simplemente no están contentas con la vida. Si se suministra apoyo y se aumenta el deseo de vivir, disminuirá el riesgo de suicidio.
- **Impulsividad.** El suicidio es también un acto impulsivo. Como cualquier otro impulso, el de cometer suicidio es transitorio y dura unos pocos minutos u horas. Usualmente se desencadena con los acontecimientos negativos del día a día. Calmando esas crisis y tratando de ganar tiempo, el trabajador de la salud puede ayudar a reducir el deseo de suicidarse.
- **Rigidez.** Cuando las personas son suicidas, sus pensamientos, sentimientos y acciones son rígidos. Piensan constantemente en el suicidio y son incapaces de percibir otras formas de salir del problema. Su pensamiento es drástico. La mayoría de los suicidas comunican sus pensamientos e intenciones suicidas. A menudo lanzan señales y hacen comentarios sobre “querer morir”, “sentirse inútiles” y demás. Todas esas solicitudes de ayuda no deben ser

ignoradas. Cualesquiera que sean los problemas, los sentimientos y pensamientos del suicida son los mismos en todo el mundo.

### **Sentimientos**

deprimido

“No puedo hacer nada” Indefenso

soporto más” Desesperanzado

perdedor y una carga”

Despreciable

### **Pensamientos** Triste,

“Desearía estar muerto” Solitario

“No lo

“Soy un

“Otros serán más felices sin mí”

## **2.2.2. Riesgo Suicida**

### **2.2.2.1. Definición**

Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida, esta conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma, se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Para que exista riesgo suicida, deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión. (Harrington, R., 2004)

### **2.2.2.2. Factores del Riesgo Suicida**

#### **a) Factores culturales y sociodemográficos**

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo, debido al impacto psicológico que tiene sobre los individuos.

El crecimiento individual de cada persona se une con la tradición cultural colectiva; los adolescentes que carecen de raíces culturales tienen marcados problemas de identidad y carecen de un modelo para la resolución de conflictos. En algunas situaciones de estrés pueden recurrir a comportamientos autodestructivos tales como el intento de suicidio o el suicidio.

Los atributos de inconformismo de género y las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual debido a la inestabilidad emocional, constituyen también un factor de riesgo para los comportamientos suicidas.

Los niños y los adolescentes que sufren algún tipo de exclusión social, ya sea a nivel familiar, escolar tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo. (Hualde, A., 1991)

#### **b) Patrones familiares y eventos negativos durante la niñez**

Los patrones familiares destructivos y los acontecimientos traumáticos en la niñez temprana afectan la vida de los jóvenes, desde ese momento en adelante, especialmente si no pudieron superar el trauma. Los aspectos de las disfunciones familiares y los acontecimientos de vidas negativas y desestabilizadoras que se encuentran a menudo en los niños y adolescentes suicidas son: Psicopatología de los padres con presencia de desórdenes psiquiátricos en particular emocionales; abuso de alcohol y sustancias, o comportamiento antisocial en la familia; antecedentes familiares de suicidios e intentos de suicidio; familia violenta y abusiva (incluyendo abusos físicos y sexuales del niño); escaso cuidado provisto por los padres o cuidadores con poca comunicación dentro de la familia; peleas frecuentes entre los padres o cuidadores con agresión y tensiones; divorcio, separación o muerte de los padres o cuidadores; mudanzas frecuentes a áreas residenciales diferentes; expectativas demasiado altas o demasiado bajas por parte de los padres o cuidadores; padres o cuidadores con autoridad excesiva o inadecuada;

Falta de tiempo de los padres para observar y tratar los problemas de aflicción emocional de los jóvenes y un ambiente emocional negativo con rasgos de rechazo o descuido; rigidez familiar; familias adoptivas o afines. Estos patrones familiares, muchas veces pero no siempre, caracterizan las situaciones de los niños y adolescentes que intentan o cometen suicidio. La evidencia sugiere que los jóvenes suicidas a menudo vienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos. Dado que son leales a sus padres y algunas veces no desean revelar secretos familiares o se les prohíbe hacerlo, frecuentemente se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia.

### **c) Rasgos o estilos de personalidad**

Los rasgos o estilos de personalidad son características estables de la persona en relación a determinados contextos sociales, familiares y geográficos en función de los cuales se fueron estructurando.

En este sentido, la variable personalidad debe ser analizada en su relación con los procesos auto - destructivos y las situaciones generadoras de estrés psicosocial. Algunas características pueden convertirse en altamente auto - destructivas, bajo determinadas circunstancias. A continuación se van a mencionar tipos de estilos de personalidad:

**c.1) La ambición.** Si no se establece un buen balance entre metas y altas aspiraciones, tanto personales como familiares, pueden conducir a situaciones suicidas. Los sujetos perfeccionistas conforman un subgrupo interesante dentro del grupo de potenciales suicidas. (Hoberman, H., 2008))

**c.2) La impulsividad.** Numerosos casos de comportamientos suicidas o parasuicidas están relacionados con fracasos en el control de los impulsos. (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2009)

**c.3) La apatía y el pesimismo.** Muchos sujetos no logran elaborar proyectos de vida viables y desarrollan lo que Shneidan (1980) denomina Visión de Túnel. Esta forma de mirar la vida se caracteriza por la presencia de pensamientos dicotómicos (blanco o negro), rigidez de pensamiento (sólo hay una manera de hacer algo), incapacidad para lograr razonamientos divergentes.

**c.4) Rigidez cognitiva.** Numerosos estudiosos considera que la Rigidez Cognitiva es un factor limitante y altamente responsable de que el sujeto cuente con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas, lo que determina que aumente el riesgo de suicidio ante situaciones generadoras de estrés emocional. Una personalidad rígidamente estructurada, con características de tipo obsesivo compulsivas es frecuente de encontrar en persona con intentos suicida. (Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, 2009)

**c.5) Rechazo a recibir ayuda.** La desconfianza y el aislamiento están presentes en sujetos en riesgo suicida; estas personas generalmente descartan toda propuesta de orientación y apoyo frente a las situaciones. (Kotila, L., 2008)

**c.6) Escapismo.** Shneidman, habla del estilo "salir dando un portazo" para caracterizar cierta forma de comportarse de adolescentes con riesgo de involucrarse en conductas auto - destructivas.

#### **d) Trastornos psiquiátricos**

El comportamiento suicida y la conducta violenta superan la media en los niños y adolescentes que presentan los siguientes trastornos psiquiátricos:

##### **d.1) Depresión**

La combinación de los síntomas depresivos y comportamiento antisocial ha sido descrita como el antecedente más común del suicidio en los adolescentes. Diversos informes establecieron que casi las tres cuartas partes de aquellos que eventualmente se quitan la vida, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir de una enfermedad depresiva importante.

A pesar de que algunos síntomas o trastornos depresivos son comunes entre los jóvenes suicidas, no necesariamente la depresión es concomitante ya sea con los intentos suicidas o con los pensamientos suicidas. Los adolescentes pueden matarse sin estar deprimidos y pueden estar deprimidos sin matarse.

##### **d.2) Trastornos de ansiedad**

Según los hallazgos, se muestra una correlación consistente entre los trastornos de ansiedad y los intentos de suicidio en los varones, mientras que esta asociación es más débil en las mujeres. Los rasgos de ansiedad aparecen como relativamente independientes de la depresión, en su efecto sobre el riesgo de comportamiento suicida, lo cual sugiere que debería establecerse y tratarse la ansiedad de los adolescentes, con riesgo de comportamiento suicida. Los síntomas psicósomáticos están a menudo presentes también en los jóvenes atormentados por comportamiento suicida.

##### **d.3) Abuso de alcohol y drogas**

El consumo excesivo de drogas y alcohol también es muy frecuente entre los adolescentes que cometen suicidio.

#### **d.4) Trastornos alimentarios**

Por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer.

Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor. (Kotila, L., 2008)

e) Situaciones y/o acontecimientos que pueden desencadenar suicidios o intentos de suicidios Son situaciones que pueden ser experimentadas como daño o agravio (sin serlo necesariamente cuando son evaluadas objetivamente).

Los adolescentes vulnerables pueden percibir aún acontecimientos trivial como altamente dañino y reaccionar con ansiedad y comportamiento caótico, mientras que los jóvenes suicidas percibe estas situaciones como amenazas directas contra su propia imagen y sufren un sentimiento de dignidad personal herida; entre ellos tenemos:

- ✓ Problemas familiares
- ✓ Separación de los amigos, de la pareja, de los compañeros de clase, etc.
- ✓ Muerte de una persona querida u otra persona importante
- ✓ Término de una relación amorosa
- ✓ Conflictos interpersonales o pérdidas
- ✓ Problemas legales o disciplinarios
- ✓ Presión del grupo de compañeros o aceptación autodestructiva por parte de los mismos.
- ✓ Decepción con los resultados escolares y fracaso en los estudios
- ✓ Altas exigencias en el colegio durante los períodos de exámenes
- ✓ Falta de empleo y problemas económicos

- ✓ Embarazo no deseado, aborto, etc.

### **2.2.2.3. Factores para identificar el riesgo suicida**

Estos factores ayudan a identificar a los estudiantes en riesgo de aflicción mental y social que pueden albergar pensamientos de suicidio que finalmente conduzcan a comportamientos suicidas.

Si estos signos fueran identificados por un profesor o consejero del colegio, debería alertarse el equipo docente del centro. Este deberá recomendar las acciones a emprender y llevar a cabo una evaluación concienzuda del estudiante, ya que a menudo estos síntomas son indicación de una aflicción severa que puede conducir, en algunos casos, al comportamiento suicida.

➤ **Identificación de la aflicción:** Cualquier cambio repentino o dramático que afecta el desempeño de un niño o de un adolescente, su concurrencia al centro escolar o su comportamiento personal deben considerados seriamente.

- ✓ Falta de interés en las actividades cotidianas
- ✓ Descenso general en las calificaciones
- ✓ Disminución del esfuerzo
- ✓ Comportamiento inadecuado en la clase
- ✓ Ausencia inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso
- ✓ Fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas (incluyendo cannabis)

Encontramos similares características en la investigación de Huerto (2009)

- Cambios significativos en el sueño, apetito, peso, humor, energía y Capacidad de concentración
- Cambio significativos en el rendimiento académico
- Agresividad

- Fuga del hogar
- Descuido en la apariencia personal
- Cambios en el sistema psicomotor (Ej. Agitación y explosiones de Violencia irascible)
- Dolores y molestias inexplicables
- Pérdida de interés en actividades previamente consideradas placenteras
- Aislamiento social
- Señales corporales de quemaduras, golpes, etc. (auto mutilación)
- Preocupación excesiva acerca de cosas triviales
- Dificultad en la toma de decisiones (confusiones)
- Pesimismo y baja autoestima
- Sentimientos de soledad y rechazo
- Ideas, planes o intentos suicidas
- Incremento en la toma de riesgos (Ej. Manejo desordenado de vehículos de motor)

Frases como:

- ✓ Quisiera nunca haber nacido
- ✓ Estuviese mejor muerto
- ✓ Se arrepentirán cuando yo muera
- ✓ Desprendimiento de posesión anteriormente considerada de gran valor.

#### **2.2.2.4. Otros Factores asociados al Riesgo Suicida**

##### **a) Género**

La tasa de hombres que realizan un suicidio consumado es de dos a tres veces mayor que la de las mujeres, quienes, sin embargo, realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres.

Si bien, el hecho de haber estado hospitalizado incrementa más el riesgo de suicidio en las mujeres que en los hombres. Por otra parte, los varones



tienden a emplear métodos más violentos para cometer el suicidio. Suelen emplear armas de fuego, mientras que las mujeres suelen inclinarse por la autointoxicación medicamentosa.

#### **b) Edad**

La tasa de suicidio aumenta con la edad. Esta tasa se acentúa por la importancia de la crisis de la mediana edad. Entre los hombres, la proporción es máxima después de los 45 y entre las mujeres, después de los 55.

#### **c) Lugar de residencia:**

Los suicidios son más frecuentes en zonas urbanas que rurales aunque con una letalidad menor por la cercanía a los servicios de urgencia.

También la tasa de suicidio es mayor entre los inmigrantes que los habitantes nativos de un determinado lugar. La emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, incide en un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia. (Orbach, I., 1990)

### **2.2.2.5. Factores Protectores del riesgo Suicida**

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida son: (Organización Mundial de la Salud, 2008)

#### **a) Patrones familiares**

- ✓ Buena relación con los miembros de la familia
- ✓ Apoyo de la familia

#### **b) Estilo cognitivo y personalidad**

- ✓ Buenas habilidades sociales
- ✓ Confianza en sí mismo, en su propia situación y logros.
- ✓ Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar.
- ✓ Búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes
- ✓ Receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas
- ✓ Receptividad hacia conocimientos nuevos

#### **c) Factores culturales y sociodemográficos**

- ✓ Integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades.

- ✓ Buenas relaciones con sus compañeros;
- ✓ Buenas relaciones con sus profesores y otros adultos
- ✓ Apoyo de personas relevantes.

### **2.2.3. La adolescencia**

#### **2.2.3.1 Definición**

La adolescencia, en particular, ha sido llamada período de la “pubertad”, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “púberas” y que se refiere a la edad en que aparece el vello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación.

Sin embargo, en la actualidad, existe consenso en cuanto a considerar la adolescencia y la juventud como momentos claves en el proceso de socialización del individuo. En el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera profesional como en la de sus relaciones con otras personas de la familia, con la pareja y los amigos. Además, adolescentes y jóvenes deberán regular su comportamiento, de forma tal, que alcancen una competencia adecuada ante las exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelven.

Como se observa, los inicios de la adolescencia se conciben, en líneas generales, entre los 11-12 años, pero su culminación que marca el inicio de la juventud, para algunos se sitúa en los 14-15 años y para otros en los 17-18 años.

También es importante enfatizar que, a nuestro juicio, la adolescencia y la juventud constituyen ante todo “edades psicológicas”, ya que partimos de considerar el desarrollo como un proceso que no ocurre de manera automática ni determinado fatalmente por la maduración del organismo, sino que tiene ante todo una determinación histórico social, al decir de L.S. Vigotsky, creador del

enfoque histórico-cultural sobre el desarrollo de las funciones psíquicas superiores.

Existen autores pertenecientes a la llamada “tercera fuerza” destacan el rol de lo psicológico como principal determinante.

Kon señala la existencia de tres posibles enfoques en los que quedan contenidas las principales tendencias en la caracterización de estas etapas, con independencia de que dentro de ellos podamos encontrar innumerables variantes. Estos enfoques son el biogenético, el sociogenético y el psicogenético.

Analicemos sus aspectos distintivos, a partir de las consideraciones de algunos de sus más destacados representantes.

El enfoque biogenético aúna aquellas teorías (Stanley Hall, Sigmund Freud, E. Kretschmer y E. Haensch, entre otros) que consideran la maduración de los procesos biológicos como base del análisis de los restantes procesos del desarrollo. Estos últimos, se conciben como derivados o en estrecha relación con los primeros.

Para Freud la adolescencia se corresponde con la etapa genital, que se extiende de los 12 a los 15 años aproximadamente, período en que tras una etapa de latencia en la edad escolar, durante la cual la sexualidad dejó de ejercer sus presiones momentáneamente, se renueva la lucha entre el ello y el yo, ya que los cambios biológicos, reducidos en este caso fundamentalmente a la maduración sexual, vuelven a poner en el centro de atención del individuo su sexualidad. La periodización del desarrollo propuesta por este autor culmina en esta etapa, por lo que no se caracteriza la juventud.

Para los psicoanalistas la adolescencia es un momento de “sturm und drang”; es decir de “ímpetu y borrasca”, cuya causa primordial es el conflicto sexual (Blum, citado por R. E. Grinder). De esta causa se derivan características tales como: sentimientos de aislamiento, ansiedad y confusión, unidas a una intensa exploración personal, que conduce paulatinamente a la definición del sí mismo y al logro de la identidad; también la inconsistencia en la actuación, pues unas veces luchan contra sus instintos, otras los aceptan;

aman y aborrecen en la misma medida a sus padres; se rebelan y se someten; tratan de imitar y a la vez, quieren ser independientes. Según Freud (citado por R. E. Grinder), el adolescente es más idealista, generoso, amante del arte y altruista que lo que será jamás en lo adelante, pero a la vez es egocéntrico y calculador.

Por su parte, los representantes del enfoque sociogenético caracterizan estas etapas en función de las regularidades que adopta el proceso de socialización del individuo, estrechamente vinculado a las tareas que le plantea la sociedad a cada momento del desarrollo humano. Este enfoque se encuentra muy vinculado al desarrollo de la psicología social norteamericana.

Para Kurt Lewin, importante psicólogo alemán, que pasó los últimos años de su vida en Estados Unidos, la adolescencia está determinada por el carácter marginal o posición intermedia que ocupa el sujeto en relación con quienes le rodean. Ya no pertenece al mundo infantil, pero tampoco ha alcanzado el estatus de adulto. Esta situación genera contradicciones y conductas extremas: el adolescente por momentos es tímido, agresivo, tiende a emitir juicios absolutos y todas estas conductas son, en primer término, consecuencia de su marcada inseguridad.

Lewin al igual que Freud no estableció diferencias entre adolescencia y juventud como etapas del desarrollo de la personalidad, cada una de las cuales posee sus regularidades específicas. Valoró la contribución de lo social en tanto entorno inmediato que rodea al sujeto, sin tener en cuenta otras determinantes más generales de las peculiaridades propias de esta etapa, como son el origen social, la situación económica y la época histórica, por sólo mencionar algunas.

Otro autor, que en nuestra opinión puede enmarcarse en el enfoque sociogenético, es el norteamericano Robert E. Grinder. En su libro titulado "Adolescencia" (1990) parte del concepto de socialización, entendido como ajuste que emprenden los individuos en sus interrelaciones personales para distinguirse unos de otros y adaptarse a la estructura social. La socialización para esta autor es efectiva cuando el sujeto asimila las expectativas sociales,

desarrolla de forma habilidosa comportamientos apropiados al rol y hace un uso eficiente de los recursos del sistema social, a fin de lograr las metas propuestas.

Para Grinde en estas etapas el sujeto desarrolla estilos de vida y a través del aprendizaje de roles adquiere las aptitudes necesarias para su futura vida adulta. Este proceso resulta posible por el creciente número de relaciones interpersonales que establecen los adolescentes y jóvenes, dentro de un ambiente cada vez más amplio, con personas de determinada significación. Al valorar los enfoques biogenético y sociogenético coincidimos con I.S. Kon cuando expresa que a ambos les es común el concebir que las fuentes y fuerzas motrices del desarrollo tienen un carácter extrapsíquico, haciéndose énfasis, en el primer caso, en los procesos biológicos y en el segundo, en los sociales.

Por último, el enfoque psicogenético sin negar la importancia de lo biológico y lo social, sitúa el centro de atención en las funciones y procesos psíquicos que caracterizan una etapa determinada, destacándose en el caso de algunos autores el desarrollo afectivo (teorías psicodinámicas), en otros el desarrollo cognitivo (teorías cognitivistas) o en opinión de los terceros, el desarrollo de la personalidad como proceso de autorrealización que emana de la propia esencia humana (teorías personológicas).

Un importante representante dentro de las teorías psicodinámicas lo constituye Erik Erikson. Nacido en Dinamarca, su infancia transcurrió en Alemania y su juventud en Austria. Después de terminar sus estudios con Anna Freud viaja a Estados Unidos, donde desarrolla sus trabajos. Discípulo de Freud e influido por la teoría de Heinz Hartmann, clásico de las indagaciones psicoanalíticas sobre juventud e identidad, propuso un sistema de periodización del desarrollo conformado por 8 estadios, de los cuales el 5to y el 6to corresponden a las etapas de la adolescencia y la juventud.

Erikson posee, al decir de Andrés Corzo, quien escribe la nota introductoria a su libro "Sociedad y adolescencia", publicado por primera vez en español en 1972 y en opinión del propio autor, una concepción "epigénica" del desarrollo psíquico, ya que de acuerdo a su punto de vista el desarrollo

psicológico se produce con una secuencia y vulnerabilidad predeterminadas y se ve contrapunteado por la influencia ejercida por la realidad social sobre el individuo.

La adolescencia es una realidad ilimitada, debido a las múltiples diferencias individuales de los jóvenes, que se dan por la edad, el sexo, el tipo de carácter, el ambiente, entorno familiar y social en que viven, etc. Sin embargo, se han podido determinar algunos aspectos habituales y comunes entre los jóvenes en las diversas etapas de la adolescencia. Los mismos que se transmiten a los padres para que puedan comprender y ayudar más a sus hijos, durante esta transición (de edades) y, en las crisis que surjan o se presenten; y, que más bien, éstas sean aprovechadas como experiencias de crecimiento y mejora personal (Papalia, D.,2010)

La adolescencia se inicia alrededor de los 11 años y, termina entre los 18 y 21. Por ser un período prolongado en el que se producen importantes y repentinos cambios, que abarcan no solo el aspecto físico sino también el intelectual, psicológico y social se la ha dividido en tres etapas más o menos diferenciadas que son: la primera adolescencia o pubertad (pre adolescencia), la segunda adolescencia o intermedia y la tercera adolescencia o edad juvenil – si se comparan las conductas típicas de un adolescente de 13 años con las de otro de 18 años se nota claramente la diferencia de madurez. (Papalia, D., 2010)

#### **2.2.3.2. Cambios en la adolescencia**

Para Papalia, D., (2010), la adolescencia es esencialmente una época de cambios. Trae consigo enormes variaciones físicas y emocionales, que son fascinantes porque logran la transformación del niño en adulto. Como todos los procesos importantes de cambio, genera perturbaciones y confusión. Por eso es angustiosa para el adolescente e incomprensible para los adultos, pero es esencial para el desarrollo de la vida y si los adultos no lo impedimos culmina exitosamente en la madurez y en el avance de la sociedad.

En la adolescencia se manifiestan cambios en el cuerpo, en los gustos, en los instintos y sentimientos y en el estado de ánimo. Son cambios que llegan

por sorpresa, de modo que el adolescente no sabe cómo manejarlos. No tiene herramientas para entenderlos y por eso le cuesta tanto comunicarlos. Son desconcertantes, causan miedo y en ocasiones vergüenza. Es explicable entonces que el adolescente tienda a aislarse, pero que a la vez necesite y espere todo el apoyo del mundo. En la adolescencia se define la personalidad. El adolescente rompe con la seguridad de lo infantil, corta con sus comportamientos y valores de la niñez y comienza a construirse un mundo nuevo y propio. Por eso se rebela contra su entorno y comienza a buscar. Busca nuevas amistades y nuevas maneras de relacionarse, nuevas experiencias y nuevas visiones. Construye independencia y fortalece su autoafirmación. Muestra una actitud de rebeldía y crítica, y a la vez de descubrimiento y apertura. Por esta vía define los principios que regirán su vida y sus relaciones con los demás. Esos cambios inesperados y el reto de construir su mundo y sus valores generan inseguridad y un fuerte sentimiento de soledad. Por eso es tan apasionada la búsqueda de afectos nuevos y amistades íntimas con las que el adolescente pueda sentir seguridad y compartir dudas, expectativas y experiencias.

Los adolescentes rebozan energía, capacidad analítica y deseos de un mundo mejor. Están llenos de propuestas de cambio. Cuando les cierran las puertas, protestan. Cuando no los escuchan, no tienen más remedio que hablar para sí mismos, estableciendo formas de comunicación ininteligibles para los demás. Por el contrario, cuando reciben apoyo y son escuchados, se desarrollan de maneras inimaginables y novedosas, aprovechando su capacidad de cambiar las conductas sociales negativas y romper con los patrones sociales de exclusión y violencia. Es por eso que con su creatividad y entusiasmo, los jóvenes han sido siempre y son hoy quienes cambian el mundo. (Papalia, D., 2010)

### **A.- Apoyo y Aprendizaje**

La adolescencia es, por sí misma, aprendizaje. Aprendizaje de los adolescentes y aprendizaje de la sociedad sobre sus preguntas e innovaciones. Este aprendizaje requiere apoyo para realizarse a la manera de los jóvenes: experimentando, buscando nuevas sensaciones y cuestionando viejas visiones. Todo proceso de transformación implica riesgos. Los riesgos de la

adolescencia pueden ser mitigados o también aumentados por la familia, la escuela y la sociedad, que son los tres grandes ámbitos de desarrollo vital y aprendizaje.

### **B.- La familia**

La mayor necesidad de un adolescente es contar con la confianza de sus padres, especialmente cuando se equivoca. Los padres deben permitir que los adolescentes asuman responsabilidades según su necesidad, aunque ello implique algunos riesgos razonables. Deben hablar mucho con ellos. No dejar de interactuar bajo ninguna circunstancia, aunque sea difícil. Lo esencial es mantener la comunicación y no suspenderla nunca. Comunicación con amor, con suavidad, con argumentos y razones, sin gritos ni imposiciones, sin interrogatorios ni castigos. La base de la comunicación es la reflexión y las preguntas claves siempre serán: ¿Cómo crees que debes hacerlo? ¿Por qué crees que estuvo bien o mal? ¿Qué aprendiste de esa experiencia? El mayor error de los padres con los adolescentes es imponerles su propio modo de ver el mundo y de actuar. En ese caso los adolescentes se ven obligados a aislarse y todos perdemos los cambios y oportunidades que su creatividad podría ofrecernos.

### **C.- La escuela**

El adolescente está ansioso por aprender, pero requiere que ese aprendizaje se realice según su necesidad y su ritmo. Para servir a la adolescencia, la escuela debe ser divertida, creativa, experimental y cooperativa. Debe estimular la libertad, el diálogo, la posibilidad de dudar y el desacuerdo. Debe ser respetuosa de todos los derechos. Debe permitir que los estudiantes puedan expresarse, innovar, gastar su energía y formar su personalidad alrededor del deporte, de la música, el baile y el teatro. Debe facilitar la amistad y la recreación. Debe abrir sus puertas a la comunidad circundante. Y, claro, debe continuar transmitiendo conocimientos científicos y culturales, de manera reflexiva, útil y ligada a la vida cotidiana. Cuando la escuela no garantiza las condiciones mencionadas, el adolescente la sustituye por la calle como centro principal de aprendizaje y socialización. Lo peor que puede pasar a la formación de un adolescente es que se retire de la escuela,



porque usualmente no tiene regreso a ella y se le cierran entonces la mayoría de los caminos para desarrollar sus capacidades y mejorar sus oportunidades de bienestar.

#### **D.- La sociedad**

Los adolescentes aprenden en un contexto de actividades que les resultan excitantes porque son novedosas, masivas y creativas. Necesitan por ello que la sociedad les brinde estímulos y espacios para el encuentro, la diversión, la música, el arte, el deporte y la expresión política. Que les brinde toda la información que la vida y la toma de responsabilidades exigen. Necesitan también servicios de orientación y salud adecuados a sus requerimientos y que les garanticen confidencialidad.

Lo peor que la sociedad puede hacer por un adolescente es truncarle su desarrollo, obligándolo a seguir siendo niño cuando ya no lo es o a ser adulto antes de tiempo.

Ocurre cuando no se les otorgan libertades y responsabilidades, o cuando debe trabajar para sostenerse, cuando es explotado por alguien, cuando lo prostituyen, cuando le llevan a un lugar de reclusión, cuando tiene que migrar lejos de su entorno o cuando tiene una maternidad o paternidad precoz

#### **2.2.3.3. Factores de riesgo en adolescentes**

La adolescencia es un período natural de cambio vertiginoso. Este cambio trae riesgos para los cuales los jóvenes suelen tener defensas muy débiles que sólo se fortalecen con el tiempo. Veamos los principales riesgos que pesan sobre ellos. Muchos de ellos son generados por la sociedad y todos pueden ser prevenidos por una buena gestión pública.

- Morir antes de tiempo; En Perú 3 de cada adolescente entre las edades de 13 a 16 años muere por accidentes de tránsito, depresión debido a decepciones amorosas o problemas familiares.
- Discriminación; La política, los medios de comunicación, la conversación cotidiana y el trato de la calle son discriminantes contra los adolescentes. La sociedad los ve equivocadamente más como una amenaza que como

lo mejor de ella misma. Esta visión estimula comportamientos incomprensibles y dañinos en la familia y en la escuela. Es necesario que la sociedad adopte una posición positiva hacia los adolescentes.

- No disponer de orientación; La mayoría de los adolescentes no dispone de acceso a servicios de orientación especializados y confidenciales, que les permitan compartir sus inquietudes y tener guías en las distintas áreas de su desarrollo. Desarrollar estos servicios es un reto del sistema educativo, el sistema de salud y los gobiernos federal, estatal y municipal.
- Irse del hogar.
- Muchos se van del país. El desarraigo incrementa considerablemente sus riesgos.
- Es necesaria una política pública destinada a promover y facilitar la permanencia de los adolescentes con su familia.
- No asistir a la escuela; ¿Cuántos muchachos y muchachas de 12 a 17 años no asisten a la escuela? ¡Son casi 4 millones! Su aprendizaje es predominantemente callejero y sus capacidades y oportunidades son drásticamente recortadas. Ellos y las familias que formen serán pobres. Y el país tendrá limitaciones de integración social y competitividad. Garantizar la asistencia escolar de todos los adolescentes es uno de los grandes retos de México.
- Padecer la pobreza.
- Ser explotado laboralmente.
- Ser explotado sexualmente; La explotación sexual de adolescentes es inaceptable y tiene efectos nefastos sobre ellos y sobre toda la sociedad..
- Estar legalmente desprotegido; Algunos adolescentes están privados de la libertad con el argumento de ser protegidos. Otros cumplen con penas impuestas de manera arbitraria o desproporcionada por infracciones efectivamente cometidas que malogran innecesariamente el resto de sus

vidas. La adolescencia es un momento de formación de la personalidad en el que la responsabilidad no es imputable plenamente. Las sanciones a los adolescentes infractores deben ser acordes con su edad y brindarles oportunidad de formar su personalidad fuera del mundo del crimen y la violencia.

- Ser madre o padre prematuramente; El embarazo prematuro es de alto riesgo para la vida y la salud de la madre y del bebé. Los perjudica a ambos y a la sociedad. La paternidad y la maternidad tempranas interrumpen el desarrollo adolescente y lo llevan abruptamente a un mundo adulto para el que no están preparados, con efectos nefastos sobre su vida y la de sus hijos.
- Contraer una enfermedad de transmisión sexual. Iniciar la sexualidad sin información y apoyo suficientes expone a los adolescentes a contraer enfermedades que perjudican la vida de muchas personas. Los adolescentes necesitan información exacta sobre los diferentes aspectos de su sexualidad, brindada por sus padres, educadores, centros de salud o centros de apoyo. Son indispensables políticas más amplias de salud sexual y reproductiva.
- Caer en las drogas. De los 14 millones de adictos al tabaco que hay en México, 10 millones comenzaron a fumar antes de los 14 años. Los adolescentes son propensos a que la curiosidad y la presión social induzcan el riesgo de contraer adicciones como el alcohol, el tabaco y los estupefacientes, en un contexto social en que hay un riesgo creciente de que las adicciones aumenten. Son necesarias nuevas políticas de prevención y también de rehabilitación especializada para adolescentes.
- No realizar actividades que contribuyan a su desarrollo. La inactividad puede generar situaciones de vulnerabilidad a muchos de los riesgos ya mencionados, y una mayor propensión al ocio. Suele ser común que los adolescentes inactivos constituyan grupos de pares con otros adolescentes en la misma situación; es frecuente que de estas interacciones emerjan conductas asociales. En este grupo, la generación y cultivo de capacidades y habilidades se interrumpe, con consecuencias

adversas para su futura inclusión social. Este problema se agudiza si analizamos la incidencia de la pobreza entre los adolescentes inactivos: la tercera parte de éstos son pobres alimentarios, 44 de cada 100 son pobres por capacidades y casi 70 de cada 100 son pobres de patrimonio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

### **2.3. Definiciones conceptuales**

- ❖ **Adolescente:** La Organización Mundial de la Salud (2008), define como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años.
- ❖ **Adolescencia:** Papalia, D. (2010), define la adolescencia como el periodo de transición del desarrollo entre la niñez y la etapa adulta. Comprometiéndose una serie de cambios físicos, fisiológicos, psicológicos, comporta mentales, sociales y de personalidad, la que

hacen que esta etapa de desarrollo sea muy inestable y susceptible a situaciones y a eventos cotidianos.

- ❖ **Riesgo suicida:** Harrington, R., (2004), define es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida, esta conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma, se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Para que exista riesgo suicida, deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión.
- ❖ **Colegio nacional integrado:** El Ministerio de Educación (2000) define como aquella Institución Educativa conformada por el nivel inicial, primario y secundario.

## 2.4. Hipótesis

### 2.4.1. Hipótesis generales

$H_1$  = Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

$H_0$  = No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

### 2.4.2. Hipótesis específicas

$H_2$  = Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

$H_0$  = No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>3</sub>** = Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>0</sub>** = No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>4</sub>** = Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>0</sub>** = No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>5</sub>** = Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>0</sub>** = No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>6</sub>** = Existe incidencia de riesgo suicida en el 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

**H<sub>0</sub>** = No existe incidencia de riesgo suicida en el 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

## **2.5. Variables**

❖ **Univariable:** Riesgo suicida

## 2.6. Operacionalización de Variable

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Instrumento	Especificaciones
<b>V<sub>1</sub></b> = Riesgo suicida	Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida, esta conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma, se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos. Para que exista riesgo suicida, deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión. (Harrington, R., 2004),	Serán las respuestas brindadas por los adolescentes a las preguntas de la escala de riesgos suicida de Plutchik.	El autor de la escala de riesgos suicida de Plutchik no señala las dimensiones de la escala.	Se considerará que el adolescente presenta riesgo suicida si obtiene de 6 a más puntos, y que no tiene riesgo si obtiene menos de 6 puntos.	Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) adaptada por Lobón, R., et al (2008)	<b>Escala nominal</b>  Si = 1 No = 0  Rango de calificación  <b>Presenta riesgo:</b> mayor de 6 puntos.  <b>No presenta riesgo:</b> menor a 6 puntos.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Método y tipo de Investigación**

##### **3.1.1 Método de investigación.**

La investigación se realizará de acuerdo al enfoque cuantitativo, donde los resultados obtenidos son en categorías numéricas que permiten el análisis estadístico según el diseño de investigación a utilizar (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).

Se utilizará el método deductivo, que se caracteriza por inferir algo observado a partir de una ley general, permite trasladarse desde particularidades hacia algo general. (Pérez, J., 2012)

##### **3.1.2. Tipo de Investigación.**

Investigación básica, también recibe el nombre de investigación pura, teórica o dogmática. Se caracteriza porque parte de un marco teórico y permanece en él; la finalidad radica en formular nuevas teorías o modificar las existentes, en incrementar los conocimientos científicos o filosóficos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto práctico. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).

#### **3.2 Nivel y diseño de Investigación.**

##### **3.2.1 Nivel de investigación:**

La presente investigación pertenece al nivel descriptivo, que se caracteriza porque el estudio tiene como propósito medir la variable; en este nivel se busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).



### 3.2.2. Diseño de Investigación: Descriptivo simple

Es el procedimiento usado en ciencia para describir las características del fenómeno, sujeto o población a estudiar. Al contrario que el método analítico, no describe por qué ocurre un fenómeno, sino que se limita a observar lo que ocurre sin buscar una explicación. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).

#### 3.2.2.1. Representación Simbólica:

$$M \rightarrow O$$

#### Leyenda:

M = Muestra

O = Evaluación del riesgo suicida

### 3.2 Población y Muestra

#### 3.2.1 Población

Conjunto de los individuos de un lugar determinado que comparten una característica o circunstancia común y son objeto de un estudio estadístico. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006). La presente investigación está conformada por 260 estudiantes.

**Tabla N°01:**

Población de estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

Alumnos	Varones	Mujeres	Total
1ro de secundaria	28	19	47
2do de secundaria	28	25	53
3ro de secundaria	27	22	49
4to de secundaria	42	29	71
5to de secundaria	24	16	40
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>111</b>	<b>260</b>

**Fuente:** Nóminas del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez

**Elaboración:** Propia

### 3.2.2 Muestra

Parte o cantidad pequeña de una cosa que se considera representativa del total y que se toma o se separa de ella con ciertos métodos para someterla a estudio, análisis o experimentación. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).

#### Tipo de muestreo:

Se ha determinado la muestra, mediante el muestreo probabilístico, por conglomerado. Este muestreo se caracteriza porque en la población existen subdivisiones naturales, en nuestra investigación estas subdivisiones lo conforman cada salón. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).

Para tal efecto se empleara la siguiente formula:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = 155$$

#### Tabla N°02:

Muestra por grado del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018.

Alumnos	Varones	Mujeres	Total
1ro de secundaria	14	14	28
2do de secundaria	16	16	32
3ro de secundaria	15	15	30
4to de secundaria	20	20	40
5to de secundaria	13	12	25
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>77</b>	<b>155</b>

**Fuente:** Tabla N°01: Población de estudio

**Elaboración:** Propia

**Los criterios de inclusión son los siguientes:**

- Alumnos que estén matriculados de 1ro a 5to de secundaria.
- Alumnos matriculados en el turno de la tarde.
- Alumnos que asisten con regularidad.
- Alumnos del sexo femenino y masculino.
- Alumnos entre las edades de 12 a 17 años.

**Los criterios de exclusión son los siguientes:**

- Alumnos matriculados en el turno de la mañana.
- Alumnos que asisten con irregularidad.
- Alumnos mayores de 17 años y menores de 12 años.

**3.3 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos**

**Psicometría:**

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

**3.3.1. Ficha técnica de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)**

**NOMBRE:** La Escala De Riesgo Suicida Plutchick. (Adaptada)

**AUTOR Y AÑO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL:** R. Plutchik y HM Van, Praga, 1994.

**AUTORES DE LA ADAPTACIÓN:** ESPINOZA YANAG, Yesmina NOREÑA ESTRADA, David Franklin LOBÓN FABIÁN, Roberto Smith

La adaptación se realizó en la ciudad de Huánuco el 2008.

**FORMA DE APLICACIÓN:** Individual y/o Grupal

**TIEMPO DE APLICACIÓN:** Resulta fácil y rápida de administrar (6 a 8 min)

**ÁMBITO DE APLICACIÓN:** Varones y mujeres de 12 a más años de edad.

**FINALIDAD:** La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

La escala está relacionada con intentos auto líticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

**AREA DE APLICACIÓN:** Todas las áreas

**TIPO DE TEST:** Potencia sin límites

**TIPO DE ITEMS:** Dicotómicas

**Nº DE ITEMS:** 15 Ítems

**PRESENTACIÓN DE LOS ÍTEMS:** De forma escrita

**MATERIALES:**

- Manual de instrucciones.
- Escala de riesgo suicida adaptada
- Lápiz.
- Borrador.

**INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN:** Se entregará la escala a los estudiantes y se le dirá la siguiente consigna:

"Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho, por favor, conteste cada pregunta con sinceridad, marcando con una (x) en el Sí o No".

**PROCEDIMIENTOS DE CALIFICACIÓN:** La escala está relacionada con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

**PUNTUACIÓN:** Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Rango de calificación:

- 0 - 5 = No existe riesgo suicida
- 6 a más = Riesgo suicida.
- Se considera riesgo suicida si el ítem 15 tiene una respuesta afirmativa, sin contabilizar necesariamente el puntaje de 6 a más.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### 4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

**TABLA Nº 3**

ESTUDIANTES CON RIESGO SUICIDA SEGÚN SEXO DEL NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018

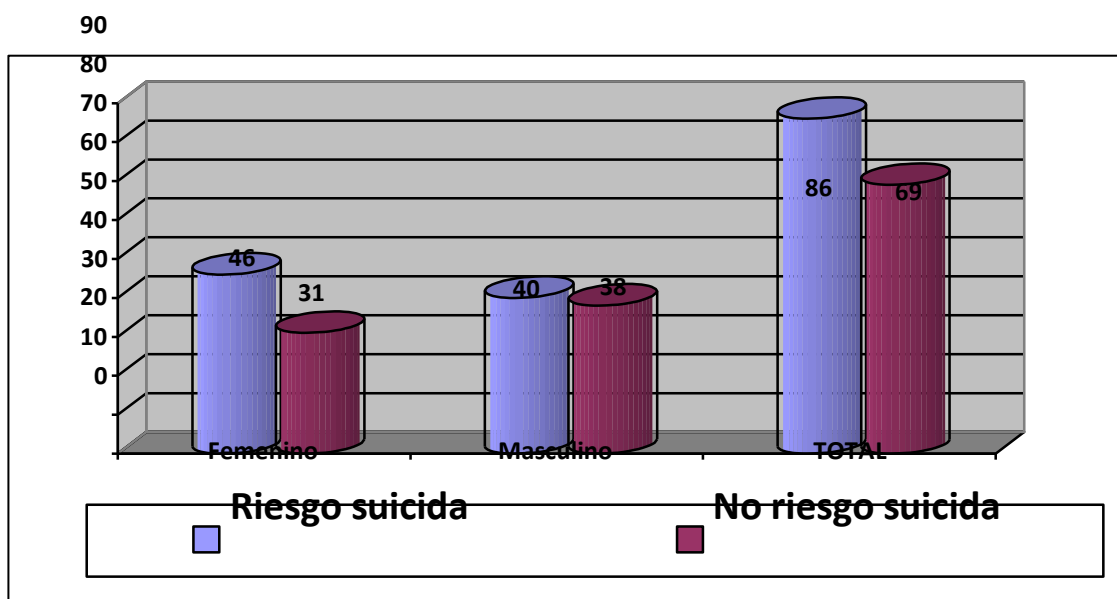
SEXO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
RIESGO SUICIDA	46	29.68	40	25.81	86	55.48
NO RIESGO SUICIDA	31	20	38	24.51	69	44.52
TOTAL	77	49.68	78	50.32	155	100

**FUENTE:** Administración de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**ELABORACIÓN:** Propia

### **GRÁFICO N° 1**

ESTUDIANTES CON RIESGO SUICIDA SEGÚN SEXO DEL NIVEL  
SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO  
JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018



**FUENTE:** Administración de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**ELABORACIÓN:** Propia

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos en el tabla y gráfico N° 1 podemos deducir que del total de evaluados (155) entre los sexos masculino y femenino, 46 del sexo femenino y 40 del sexo masculino presentan riesgo suicida, siendo un total de 86 estudiantes; mientras que 31 del sexo femenino y 38 del sexo masculino no presentan riesgo suicida siendo un total de 69 adolescentes. Como se puede apreciar es mayor el porcentaje en las mujeres con riesgo suicida a diferencia de los varones.

Las situaciones comunicativas se relacionan de forma directa con los estereotipos culturales que se han establecido con respecto a ambos géneros. Así, a la mujer se le confiere rasgos que tiene que ver con el hogar, con afiliaciones que tiene que ver con lo sensible, lo afectivo, la inseguridad o la meticulosidad, mientras que el varón se ubica en un plano más abierto y social con características centradas en la fuerza, la agresividad, con ser emprendedor, desordenado. Todo ello hace que haya un punto de partida

distinto por parte de las personas a la hora de tener consciencia de identidad de género (Barberá, 1998).

Con el presente cuadro y gráfico podemos deducir respecto a la hipótesis general que; existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018, es decir aprobamos la hipótesis alterna ( $H_a$ ) y rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ).

**TABLA Nº 4**

ESTUDIANTES CON RIESGO SUICIDA SEGÚN EDAD DEL NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018

RIESGO  EDAD	RIESGO SUICIDA		NO RIESGO SUICIDA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
12 años	11	7.10	10	6.45	21	13.55
13 años	11	7.10	13	8.39	24	15.48
14 años	17	10.97	9	5.81	26	16.74
15 años	18	11.61	9	5.81	27	17.42
16 años	21	13.55	17	10.97	38	24.52
17 años	8	5.16	11	7.10	19	12.26
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>55.48</b>	<b>69</b>	<b>44.52</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

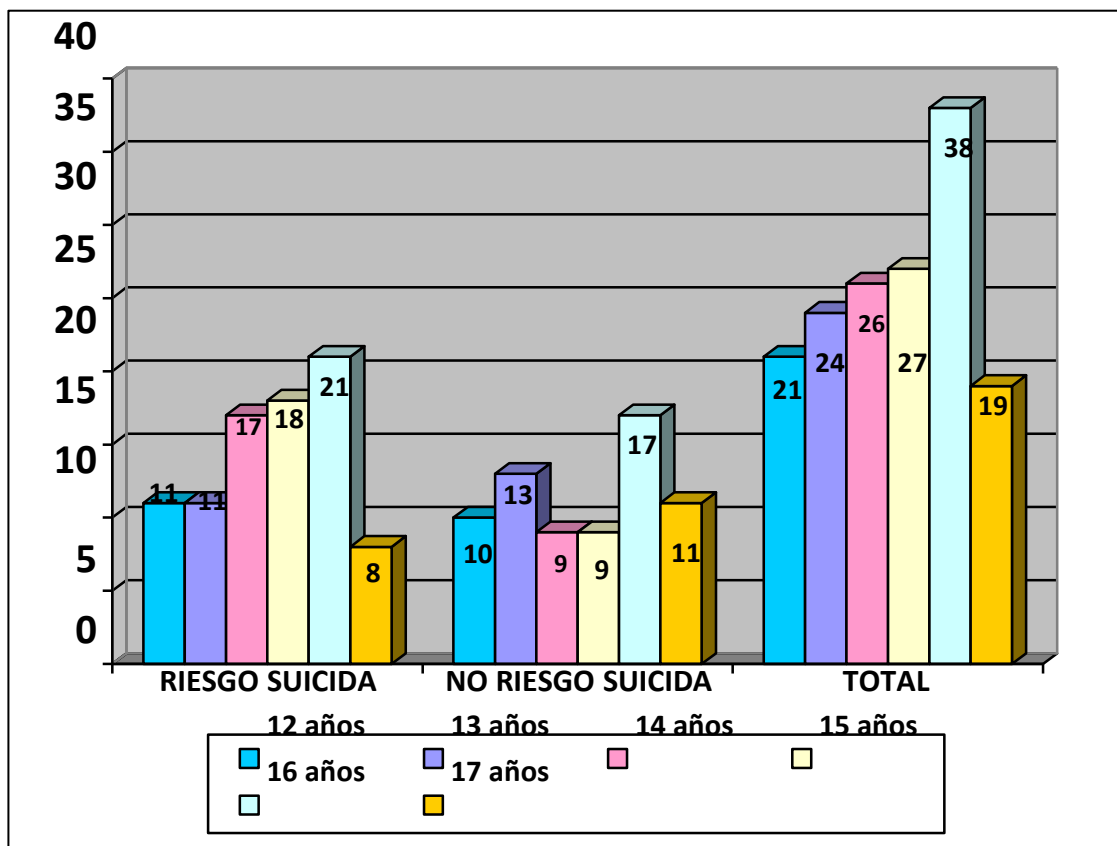
**FUENTE:** Administración de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**ELABORACIÓN:** Propia



## **GRÁFICO Nº 2**

ESTUDIANTES CON RIESGO SUICIDA SEGÚN EDAD DEL NIVEL  
SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO  
JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018



**FUENTE:** Administración de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**ELABORACIÓN:** Propia

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos en el tabla y gráfico Nº 2, podemos deducir que del total de evaluados (155) por edades, en las edades de 14, 15 y 16 años se presenta mayor riesgo suicida.

Se infiere que esto se debe al proceso de cambio que se produce en la etapa de la adolescencia, ya que es una etapa de emociones confusas, formación de la identidad y cuestionamiento. Es una época difícil y turbulenta para la mayoría de ellos; y el suicidio les puede parecer una respuesta lógica al dolor y al estrés de madurar (Sue, et al 1994). La variable sexo es una de las mejores predictoras de intentos de suicidio y al tener en cuenta la relación que se

establece entre el uso del lenguaje y la conformación del pensamiento de las personas, creemos que la existencia de la diferencia en la forma de comunicarse entre ambos géneros, y ante todo que no se comportan de una manera parecida ante iguales situaciones. En distintos contextos sociales significativos podemos apreciar que no es lo mismo ser mujer que ser varón, y no lo es únicamente por razones de tipo biológico sino porque culturalmente se han marcado una serie de fronteras comportamentales entre ambos que en gran medida provocan una diferencia que a fin de cuenta genera un descontento colectivo (Encabo, E. 2003).

#### **TABLA Nº 5**

ESTUDIANTES CON RIESGO SUICIDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN  
DEL NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL  
INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO,  
2018

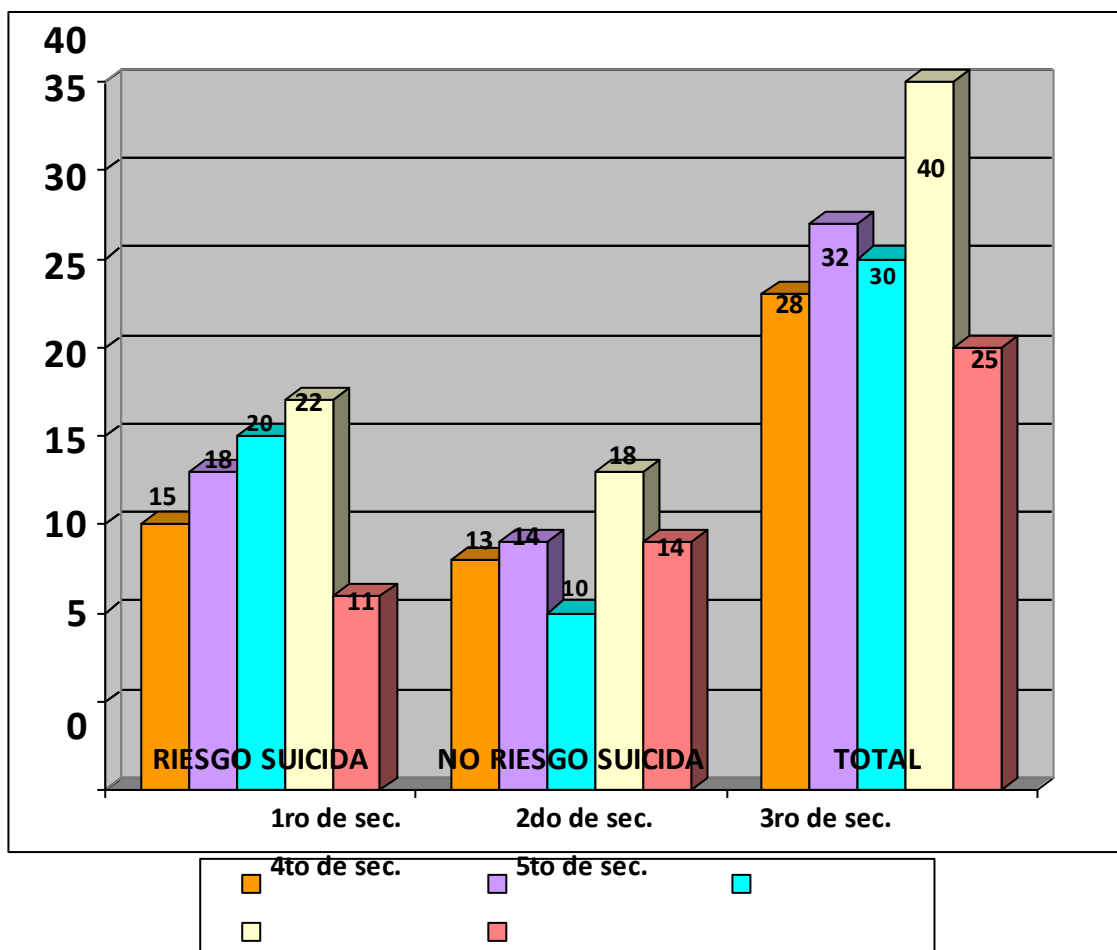
<b>RIESGO</b>	<b>RIESGO SUICIDA</b>		<b>NO RIESGO SUICIDA</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>1ro de sec.</b>	15	9.68	13	8.39	<b>28</b>	<b>18.06</b>
<b>2do de sec.</b>	18	11.61	14	9.03	<b>32</b>	<b>20.65</b>
<b>3ro de sec.</b>	20	12.90	10	6.45	<b>30</b>	<b>19.35</b>
<b>4to de sec.</b>	22	14.19	18	11.61	<b>40</b>	<b>25.81</b>
<b>5to de sec.</b>	11	7.10	14	9.03	<b>25</b>	<b>16.13</b>
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>55.48</b>	<b>69</b>	<b>44.52</b>	<b>155</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Administración de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**ELABORACIÓN:** Propia

### **GRÁFICO Nº 3**

ESTUDIANTES CON RIESGO SUICIDA SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN  
DEL NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL  
INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO,  
2018



**FUENTE:** Administración de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

**ELABORACIÓN:** Propia

**INTERPRETACIÓN:** De acuerdo a los resultados obtenidos en el tabla y gráfico Nº 3, podemos deducir que del total de evaluados (155) por grado de instrucción, en los grados de 2do, 3ro y 4to de secundaria hay mayor riesgo suicida.

Con el presente cuadro y grafica podemos demostrar que:

**Para 1er objetivo específico:**

No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_a$ ) y aceptamos la ( $H_0$ ).

**Para el 2do objetivo específico:**

Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_0$ ) y aceptamos la ( $H_a$ ).

**Para el 3er objetivo específico:**

Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_0$ ) y aceptamos la ( $H_a$ ).

**Para el 4to objetivo específico:**

Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_0$ ) y aceptamos la ( $H_a$ ).

**Para el 5to objetivo específico:**

No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_a$ ) y aceptamos la ( $H_0$ ).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se puede apreciar que en la población evaluada, un 55.48% de los alumnos se encuentran en Riesgo Suicida, estos resultados son superiores a los promedios de Riesgo Suicida encontrados por Lobón, R., Noreña, D., y Espinoza, J., en el 2008, en el mismo distrito, el cual es de 25%. Así mismo en la investigación de Sánchez, R. et al., en el 2009 en el mismo distrito obtuvieron un 36%. Los resultados varían de forma significativa con una diferencia no muy alargada por cada año, pero existen diferencias en los promedios encontrados.

Por otro lado, se encontró que las mujeres son más vulnerables a presentar Riesgo Suicida, que se asemeja a los resultados de la investigación realizada por Lobón, R., et al en el año 2008, donde encontraron que de cada 2 mujeres 1 presenta riesgo suicida. Así también en la investigación de Muñoz, J., et al., en el año 2005, realizado en el centro preuniversitario de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, encontraron que la prevalencia de vida de ideación suicida fue mayor en mujeres que en varones, una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro varones ha presentado ideación suicida en algún momento de su vida ( $p < 0,05$ ). Así mismo, el intento suicida fue más frecuente en mujeres que en varones (10,2% y 6,6% respectivamente,  $p < 0,05$ ).

En la Revista de Pediatría, Mónica, E., 2010; menciona que, en el Hospital de niños de Córdoba, Argentina, encontraron que, de 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio durante el período de dicha investigación, el 56,10% de la muestra pertenecía al sexo femenino y el 43,90% al sexo masculino).

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

Se determinó que, de 155 estudiantes entre varones y mujeres, evaluados con la escala de Riesgo Suicida Plutchick un 55.48% presenta riesgo suicida, las edades de mayor riesgo son de los 14 a 16 años, en los grados de 2do a 4to de secundaria, teniendo más incidencia en mujeres.

Como podemos ver los índices de riesgo suicida van aumentando con los años, así como se muestra en los datos obtenidos por Lobón, R., Noreña, D., y Espinoza, J., en el 2008, en el mismo distrito, el cual es de 25%. Así mismo en la investigación de Sánchez, R. et al., en el 2009 en el mismo distrito obtuvieron un 36%. Este es el aporte fundamental de la presente investigación toda vez que no existe datos sobre riesgo suicida, solamente existen reportes de suicidios.

Como señala Maris (2002) es más conveniente intervenir cuando los adolescentes están mostrando ideas relacionadas a la depresión y suicidio porque de este modo se le ayuda al adolescente a restablecer su salud mental y evitar que se incremente la casuística del suicidio.

Se utilizó el muestreo probabilístico por conglomerados; en los resultados se utilizó como Instrumento de evaluación, el Cuestionario de Riesgo Suicida Plutchick adaptado en el 2008 por Lobón Fabián, Roberto; Noreña Estrada, David y Espinoza Yanag, Yesmina.

La muestra elegida contó con 155 alumnos que cursaban del 1ro al 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez de Amarilis, se tomó 6 puntos como punto de corte, donde mayor a 6 puntos se les ubicaba en la categoría de presenta riesgo suicida y menor a 6 puntos no presenta riesgo suicida.

En cuanto a la hipótesis general se demostró que, existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio

Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018, es decir aprobamos la hipótesis alterna ( $H_1$ ) y rechazamos la hipótesis nula ( $H_0$ ).

No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_a$ ) y aceptamos la ( $H_0$ ).

Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_0$ ) y aceptamos la ( $H_a$ ).

Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_0$ ) y aceptamos la ( $H_a$ ).

Existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_0$ ) y aceptamos la ( $H_a$ ).

No existe incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco, 2018; por lo tanto, rechazamos la ( $H_a$ ) y aceptamos la ( $H_0$ ).

## **5.2 RECOMENDACIONES**

### **5.2.1. A LA UNIVERSIDAD DE HUANUCO:**

- Realizar alianzas estratégicas con entidades comprometidas con la salud mental a fin de abordar esta población en riesgo.
- Brindar apoyo a los estudiantes que impulsan investigaciones sobre las problemáticas, de interés social, a través de la creación de un fondo económico que ayudan a lograr los objetivos de la investigación.
- Difundir a nivel Regional y Nacional las diferentes investigaciones que se realizan por los estudiantes de las diversas facultades y especialidades de esta casa universitaria en periódicos y revistas.

### **5.2.2. A LA E.A.P PSICOLOGÍA**

- Implementar un consultorio debidamente equipado para brindar un servicio psicológico de calidad a los adolescentes, estudiantes universitarios y a la población huanuqueña, con la finalidad de contribuir con la disminución de los problemas de salud mental en especial el riesgo suicida.
- Realizar programas de intervención y prevención en forma conjunta entre los alumnos y docentes.
- Realizar proyección social de manera continua en las Instituciones Educativas, en coordinación con el área de proyección social de la UDH, en temas de salud mental y calidad de vida.

### **5.2.3. COLEGIO NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS**

- Generar convenios con los centros de salud cercanos a la Institución para la intervención a los alumnos que presentan riesgo suicida.
- Promover la realización de talleres sobre temas vinculados a la salud mental con la finalidad de disminuir y prevenir casos de riesgo suicida.
- Sensibilizar y capacitar a los docentes y padres de familia de la Institución Educativa para que incluyan en su Plan Estratégico



Institucional temas referidos con el riesgo suicida a través del curso de tutoría.

- Contratación de un profesional capacitado (psicólogo) (a) a tiempo completo.
- Se recomienda evaluaciones de tamizaje mensualmente a los estudiantes.
- Crear una comisión permanente de profesores, tutores que se encargue de identificar a los alumnos que presenta riesgo suicida.
- Realizar el seguimiento de la situación de los adolescentes que conforman el entorno del alumno que presenta riesgo suicida o realizó una tentativa.
- Se recomienda realizar escuela de padres mínimo 4 veces al mes.

#### **5.2.4. AUTORIDADES REGIONALES**

- Desarrollar campañas de promoción y prevención en la salud mental en todo el ámbito de nuestra región.

## REFERENCIAS

- Bella, Fernández y Willington (2009). Tesis de pregrado "Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes, 2009. Hospital de Niños de Córdoba. Argentina.
- Cano, Gutiérrez, Nizama (2008). Tesis de pregrado "Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana". Universidad Nacional de Ucayali. Perú.
- Casullo, Contini y Fernández (2006). Tesis de pregrado "Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida – 2006". Ciudad de Tucumán. Argentina
- Chopin, Kerkhof y Arensman (2004). Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia. México: Manual Moderno
- De Leo et al. (2004). Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en estudiantes universitarios. México. Revista Salud Pública.
- Diekstra (1989). Ideación suicida en los jóvenes: prevención y asistencia. México. Revista Perspectivas Sistémicas
- Diekstra y Garnefski; Mingote et al. (2004). Ideación suicida en la adolescencia: una explicación desde tres de sus variables asociadas en Bogotá. Colombia.
- Dirección Regional de Salud. DIRESA (2008). Recuperado de <http://www.diresa.com.pe>
- Durkheim (1897 - 1989). Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia. Psicothema
- Fergusson, (2000). Cartilla para la prevención del suicidio. Santa Marta: Editorial Unimagdalena.

- Galarza (1996). El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. Argentina. Revista de Salud Mental.
- Gerald, G. (1987). Orientación al suicidio en adolescentes en una zona de Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública
- Goldney et al. (1989). Conducta suicida en Boyacá, un tema para tener en cuenta. México. Boletín epidemiológico-CRRV.
- Harrington, R., (2004). ). Desarrollo psicológico y educación. Madrid. Alianza Editorial.
- Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México. Mc Graw Hill. 4ª edición
- Hjelmeland y Hawton (2004). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.
- Hualde, A., (1991). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. México. Intervención Psicosocial.
- Huerto (2009). Suicidio. México. Mc Graw Hill.
- Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi, (2009) Recuperado de <http://www.insmhdn.com.pe>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. INEI (2013). Recuperado de <http://www.inei.com.pe>
- Kotila, L., (2008). Guía práctica de psiquiatría médica. México. Días de Santos.
- Lázaro y Mendoza (2009). Tesis de pregrado “Efecto del programa “Nueva Vida” en el riesgo suicida en alumnos del quinto año de secundaria Amarilis – Huánuco 2009”. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Perú
- Lobón, R. et al, (2008). Tesis de Pregrado “Depresión en Huánuco”. Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Perú.

- Maris, (2002). Suicidio Recuperado de <http://www.estaditica-suicidioeuropa.com.pe>
- Mingote, Jiménez- Arriero, Osorio-Suárez y Palomo, (2004). Suicidio y sus factores. México. Revista de Salud Mental.
- Ministerio de Educación (2000). Recuperado de <http://www.minedu.gob.pe>
- Mintz (1968)
- Mirabal, F. (1997). Influencia de los factores psicosociales en el intento de suicidio en el Hospital Regional de la ciudad de Pucallpa (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Ucayali. Perú.
- Mosquera (2001). Tesis de pregrado “Perfil epidemiológico de pacientes hospitalizados entre el 2000 y 2001 por intento de suicidio en el Hospital “Hermilio Valdizan” de Lima”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Muñoz, Pinto, Callata, Perales (2006). Tesis de pregrado “Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarios entre 15 y 24 años, Lima, 2006”. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- O'Carroll et al. (1996). Suicidio. México. Mc Graw Hill.
- Orbach, I., (1990). Depresión y Suicidio. México. Mc Graw Hill.
- Organización Mundial de la Salud. OMS, (2008). Recuperado de <http://www.oms.com.pe>
- Papalia, D. (2010). Desarrollo humano. México. Editorial Pearson. 4ª edición.
- Plan Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud (2003). Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe>
- Sue, D et al (1994) Factores psicosociales del suicidio. México. Mc Graw Hill.
- Vázquez, F., et al (2000). Suicidio y sus factores. México. Oceano.

Ventura et. al. (2007). Tesis de pregrado "Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la región metropolitana de Santiago de Chile, 2007". Universidad de Chile. Chile.

Wilde, Kienhorst y Diekstra (2002). Relación de suicidio y depresión. México. AEMI.

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL Y ESPECIFICO	OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA DE ESTUDIO	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?</li> <li>♦ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?</li> <li>♦ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?</li> <li>♦ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?</li> <li>♦ ¿Cuál es la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018?</li> </ul>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 1ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.</li> <li>♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 2do de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.</li> <li>♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 3ro de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.</li> <li>♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 4to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.</li> <li>♦ Determinar la incidencia de riesgo suicida en estudiantes del 5to de secundaria del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis - Huánuco, 2018.</li> </ul>	<p><b>V1.</b> Riesgo suicida</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presenta riesgo suicida (punto de corte 6)</li> <li>✓ No presenta riesgo suicida</li> </ul>	<p><b>TIPO</b> No Experimental.</p> <p><b>METODO</b> Descriptivo.</p> <p><b>NIVEL</b> Descriptivo.</p> <p><b>DISEÑO</b> Descriptivo Simple.</p> <p>Representación Simbólica: M O M = Alumnos. O = evaluación del riesgo suicida.</p>	<p><b>POBLACION</b> Alumnos del nivel secundario del turno tarde del Colegio Nacional Integrado Julio Armando Ruiz Vásquez, Amarilis-Huánuco.</p> <p><b>MUESTRA</b> Se ha determinado la muestra, mediante el muestreo probabilístico, por conglomerado. Este muestreo se caracteriza porque en la población existen subdivisiones naturales, en nuestra investigación estas subdivisiones lo conforman cada salón. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006). Para tal efecto se empleara la siguiente formula:</p> $n = Z_{\alpha}^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$ <p style="text-align: center;">n = 155</p> <p><b>Los criterios de inclusión son los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alumnos que estén matriculados de 1ro a 5to de secundaria.</li> <li>▪ Alumnos matriculados en el turno de la tarde.</li> <li>▪ Alumnos que asisten con regularidad.</li> <li>▪ Alumnos del sexo femenino y masculino.</li> <li>▪ Alumnos entre las edades de 12 a 17 años.</li> </ul> <p><b>Los criterios de exclusión son los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alumnos matriculados en el turno de la mañana.</li> <li>▪ Alumnos que asisten con irregularidad.</li> <li>▪ Alumnos mayores de 17 años y menores de 12 años.</li> </ul>	<p><b>Para la evaluación:</b></p> <p><b>FICHAJE</b> - Ficha textual - Ficha de resumen - Ficha mixta</p> <p><b>ENCUESTA</b> • Formato de recolección de información general</p> <p><b>PSICOMETRIA</b> - Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)</p> <p><b>Para el procesamiento:</b></p> <p><b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> SPSS</p>

# Escala de riesgo suicida de Plutchick

## FICHA TÉCNICA

**1. NOMBRE:** La Escala De Riesgo Suicida Plutchick. (Adaptada)

**2. AUTOR Y AÑO DEL INSTRUMENTO ORIGINAL:** R. Plutchik y HM Van, Praga, 1994.

**3. AUTORES DE LA ADAPTACIÓN:**

ESPINOZA YANAG, Yesmina NOREÑA ESTRADA, David Franklin LOBÓN FABIÁN, Roberto Smith

**AÑO DE LA ADAPTACIÓN Y CUIDAD:** La adaptación fue realizada el año 2008 en la ciudad de Huánuco.

**4. FORMA DE APLICACIÓN:**

Individual y/o Grupal

**5. TIEMPO DE APLICACIÓN:**

Resulta fácil y rápida de administrar (6 a 8 min)

**6. ÁMBITO DE APLICACIÓN:**

Varones y mujeres de 12 a más años de edad.

**7. FINALIDAD:**

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik<sup>1</sup> con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

La escala está relacionada con intentos auto líticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

**8. AREA DE APLICACIÓN:** Todas las áreas

**9. TIPO DE TEST:** Potencia sin límites

**10. TIPO DE ITEMS:** Dicotómicas



**11. N° DE ITEMS:** 15 Ítems

**12. PRESENTACIÓN DE LOS ÍTEMS:** De forma escrita

**13. MATERIALES:**

- Manual de instrucciones.
- Escala de riesgo suicida adaptada
- Lápiz.
- Borrador.

**14. INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN**

Se entregará la escala a los estudiantes y se le dirá la siguiente consigna:

"Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho, por favor, conteste cada pregunta con sinceridad, marcando con una (x) en el Sí o No".

**15. PROCEDIMIENTOS DE CALIFICACIÓN:**

La escala está relacionada con intentos autolíticos previos, la intensidad de la ideación autolítica actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas.

**16. PUNTUACIÓN:**

Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

Rango de calificación:

- 0 - 5 = No existe riesgo suicida
- 6 a más = Riesgo suicida.
- Se considera riesgo suicida si el ítem 15 tiene una respuesta afirmativa, sin contabilizar necesariamente el puntaje de 6 a más.

### **ESCALA RSP – ADAPTADA 2008**

<b>Iniciales del nombre y apellido:</b>		
<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Turno:</b>
<b>Institución educativa:</b>		<b>Religión:</b>
<b>Actualmente trabaja:</b>		<b>Grado:</b> <b>Nº de orden:</b>
<b>Actualmente con quien vive:</b>		<b>Procedencia:</b>

### **INSTRUCCIONES**

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	Tengo dificultades para dormir		
2	A veces siento que podría perder el control de mí mismo/a		
3	Tengo poco interés en relacionarme con las personas		
4	Veó mi futuro con pesimismo		
5	Alguna vez me he sentido inútil e inservible		
6	No tengo esperanzas en el futuro		
7	Alguna vez me he sentido tan fracasado/a que sólo quería meterme en la cama y abandonarlo todo		
8	Me siento deprimido/a ahora		
9	Sufro la separación o pérdida de algún familiar		
10	Sufro la separación o pérdida de mi enamorado/a		
11	Alguna vez alguien de mi familia ha intentado quitarse la vida		
12	Alguna vez me he sentido tan enfadado/a que hubiera sido capaz de lastimar a alguien		
13	Alguna vez he pensado en quitarme la vida		
14	He comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería quitarme la vida		

15	He intentado alguna vez quitarme la vida		
<b>TOTAL</b>			

**FACTORES DE RIESGO:** Estos factores nos ayudaran a complementar el resultado del cuestionario, identificando la relación que exista con el riesgo suicida.

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	Especificar
1.	Tengo problemas con mi enamorado/a			
2.	Tengo problemas económicos			
3.	Tengo problemas familiares			
4.	Tengo problemas escolares			
5.	Tengo problemas con los compañeros de mi salón			
6.	Tengo problemas conmigo mismo			
7.	Otros:			
<b>TOTAL</b>				

## **ESTABLECIMIENTO DE LA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA**

### **ESCALA RSP ADAPTADA PLUTCHICK**

#### **VALIDEZ DE LA ESCALA:**

La validez de la escala de Riesgo Suicida de Plutchick (adaptada) fue hecha por medio de criterio de jueces.

- Los especialistas que tuvieron la labor de jurados fueron:
  - ✓ Psic. Jesús, Calle Ilizarbe
  - ✓ Psic. Enrique Estelio, Chávez Matos.
- Con la ayuda de los jurados se adaptó la escala de riesgo suicida.

#### **ESCALA DE RIESGO SUICIDA EN SU VERSION ORIGINAL DE PLUTCHICK**

<b>Nº</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?		
2	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3	¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4	¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
5	¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
6	¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
7	¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
8	¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9	¿Está deprimido/a ahora?		
10	¿Está usted separado/a, divorciado/a, viudo/a?		
11	¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12	¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		

13	¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14	¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15	¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
<b>TOTAL</b>			

#### ESCALA DE RIESGO SUICIDA EN SU VERSIÓN ADAPTADA DE PLUTCHICK

Nº	PREGUNTAS	SI	NO
1	Tengo dificultades para dormir		
2	A veces siento que podría perder el control de mí mismo/a		
3	Tengo poco interés en relacionarme con las personas		
4	Veó mi futuro con pesimismo		
5	Con frecuencia me he sentido inútil e inservible		
6	No tengo esperanzas en el futuro		
7	Con frecuencia me he sentido tan fracasado/a que sólo quería meterme en la cama y abandonarlo todo		
8	Me siento deprimido/a ahora		
9	Sufro la separación o pérdida de algún familiar		
10	Sufro la separación o pérdida de mi enamorado/a		
11	Alguna vez alguien de mi familia ha intentado quitarse la vida		
12	Alguna vez me he sentido tan <i>enfadado/a</i> que hubiera sido capaz de lastimar a alguien		
13	Alguna vez he pensado en quitarme la vida	.5.	
14	He comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería quitarme la vida		
15	He intentado alguna vez quitarme la vida		
<b>TOTAL</b>			

- Para validar los ítems se realizó entrevistas individuales a una muestra de la población con similares características (adolescentes).
- La escala de riesgo suicida queda listo para medir el riesgo suicida en adolescentes y jóvenes, la cual está adaptada según nuestra realidad.

#### CONFIABILIDAD DE LA ESCALA:

Para la confiabilidad, se realizó un estudio piloto con una muestra de 20 alumnos, de la institución educativa Juan Velasco Alvarado, Localizada en el Distrito de Pillkomarca – Provincia de Huánuco. Dicha muestra mantuvo características similares a nuestra población original.

#### ESTABLECIMIENTO DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

##### ESCALA RSP – ADAPTADA 2008

S <sub>1</sub>	TEST	RE - TEST	X	Y	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>	XY
			X <sub>1</sub> -x	Y <sub>1</sub> -y			
1	6	5	2.05	1.45	4.20	2.10	2.97
2	7	7	3.05	3.45	9.30	11.90	10.52
3	5	5	1.05	1.45	1.10	2.10	1.52
4	7	6	3.05	2.45	9.30	6.00	7.47
5	6	6	2.05	2.45	4.20	6.00	5.02
6	10	8	6.05	4.45	36.60	19.80	26.92
7	5	5	1.05	1.45	1.10	2.10	1.52
8	3	3	-0.95	-0.55	0.90	0.30	0.52
9	2	1	-1.95	-2.55	3.80	6.50	4.97
10	2	3	-1.95	-0.55	3.80	0.30	1.07

11	0	1	-3.95	-2.55	15.60	6.50	10.07
12	2	2	-1.95	-1.55	3.80	2.40	3.02
13	2	2	-1.95	-1.55	3.80	2.40	3.02
14	3	2	-0.95	-1.55	0.90	2.40	1.47
15	2	2	-1.95	-1.55	3.80	2.40	3.02
16	4	3	0.05	-0.05	0.00	0.30	-0.03
17	3	2	-0.95	-1.55	0.90	2.40	1.47
18	4	3	0.05	-0.55	0.00	0.30	-0.03
19	3	2	-0.95	-1.55	0.90	2.40	1.47
20	3	3	-0.95	-0.55	0.90	0.30	0.52
$\Sigma$	79	71			104.9	76.5	86.5
X	3.95	3.55					

$$r = 86. \frac{5}{\sqrt{(104.9)(76.5)}}$$

$$r = 86. \frac{5}{\sqrt{(8024.85)}}$$

$$r = 86. \frac{5}{89} \cdot 58$$

$$r = 0.9656173$$

**Interpretación:** El instrumento tiene una confiabilidad fuerte y positiva.



**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**Escuela Académico Profesional de Psicología**  
*"Psicología, la fuerza que mueve el mundo y la cambia"*



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si Usted quiere participar en un estudio de investigación. Por favor léelo cuidadosamente, si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a la persona encargada de la investigación:

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:**

"INCIDENCIA DE RIESGO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE NIVEL SECUNDARIO TURNO TARDE DEL COLEGIO NACIONAL INTEGRADO JULIO ARMANDO RUIZ VÁSQUEZ, AMARILIS-HUÁNUCO, 2018"

**PERSONA A CARGO DE LA INVESTIGACIÓN:**

Bachiller de Psicología: Luz Elizabeth, GARCIA ALVARADO

**LUGAR DONDE SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO**

Se realizará en la ciudad de Huánuco, en Colegio Nacional Integrado "Julio Armando Ruiz Vásquez", Amarilis – Huánuco.

**CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD DE LOS ARCHIVOS Y ANONIMATO:**

En la siguiente investigación se garantiza los siguientes aspectos:

- ▶ **Privacidad:** La administración de la prueba será personalizada.
- ▶ **Confidencialidad:** En la prueba no se colocará el nombre del participante.
- ▶ **Participación voluntaria:** La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado  
Nombre:.....

\_\_\_\_\_  
Firma del participante  
Nombre:.....

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador  
Luz Elizabeth, García Alvarado